UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1975 – Thèse n° 280

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERSONNE AGEE EN MILIEU HOSPITALIER

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le mardi 8 juillet 1975

par Marie-Thérèse MIREMONT née MASSON
née le 17 juillet 1948 à Rochefort (Charente-Maritime)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H. CHOUSSAT	Professeur	Président
M. R. TESSIER	Professeur.....	Juges
M. L. ARNÉ	Professeur	
M. P. GALLEY	Agrégé	
M. M.SIMON	Docteur en Médecine	

Éditions Bergeret, 71, rue Leyteire – BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1975 – Thèse n° 280

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERSONNE AGEE EN MILIEU HOSPITALIER

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le mardi 8 juillet 1975

par Marie-Thérèse MIREMONT née MASSON
née le 17 juillet 1948 à Rochefort (Charente-Maritime)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H. CHOUSSAT	Professeur	Président
M. R. TESSIER	Professeur.....	Juges
M. L. ARNÉ	Professeur	
M. P. GALLEY	Agrégé	
M. M.SIMON	Docteur en Médecine	

Éditions Bergeret, 71, rue Leyteire – BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA GRAND-MERE

Sois assurée de toute mon affection.

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance, de mon affection et de mon amour filial, pour le soutien que vous m'avez apporté et les sacrifices que vous avez consentis pour moi.

A Bernard et à Céline

Avec tout mon amour et ma tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

Avec mon affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547314_0002

Je remercie de leur aide

les Docteurs De MICHELE et DARTENUC,

Madame DUCASSÉ , Madame ROBINE

et

le personnel de HAUT-LEVÊQUE

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur M. SIMON

Ex-spécialiste de Psychologie clinique
et Hygiène mentale des Armées
Licencié en Psychologie
Certifié en Neurophysiologie
Attaché de Consultation de Psychiatrie des Hôpitaux
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vous nous avez aidée à prendre notre première observation. Permettez-nous de vous témoigner notre gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.
Vos compétences sont le gage d'une critique de qualité.
Veuillez trouver ici l'expression de notre haute estime.

Monsieur le Docteur P. GALLEY

Maître de Conférences agrégé de Médecine Interne
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez fait bénéficier de vos connaissances durant nos années d'étude. Permettez-nous de vous témoigner notre vive gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Monsieur le Professeur L. ARNÉ

Professeur titulaire à titre personnel
de Médecine générale, thérapeutique,
rééducation fonctionnelle
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service

La valeur de votre enseignement et de votre Art, vos qualités humaines nous ont profondément marquée lors de notre passage dans votre service. Vous avez accepté de juger cette thèse, permettez-nous de vous assurer de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur R. TESSIER

Professeur sans Chaire de Pneumo-phtisiologie
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Chevalier de l'Ordre national du Mérite
Croix de Guerre 1939-1945
Chevalier des Palmes académiques

Vous nous avez fait l'honneur et la joie d'accepter de juger ce travail. La qualité de votre Art, votre bienveillance, l'humilité de vos connaissances nous ont profondément marquée et sont pour nous un exemple précieux. Veuillez trouver ici l'expression de notre admiration et de notre sincère attachement.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. CHOUSSAT

Professeur de Pathologie médicale
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes académiques
Médaille d'Honneur des Epidémies
Officier de l'Ordre national du Mérite

Vous avez bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.
Vos conseils et votre haute compétence nous ont particulièrement aidée.
Durant l'année passée dans votre service vous nous avez dispensé un enseignement d'une grande richesse et nous avez fait prendre nos premières responsabilités médicales.
Nous vous prions de trouver ici l'assurance de notre profond respect.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERSONNE AGEE
EN MILIEU HOSPITALIER

P L A N

INTRODUCTION

AVANT PROPOS
HISTORIQUE DE LA GERIATRIE ET DE LA GERONTOPSYCHIATRIE
CAUSES DU PEU D'INTERET SUSCITE PAR LA GERONTOPSYCHIATRIE
DIFFICULTES DE L'ETUDE DE LA VIEILLESSE
GENERALITES SUR LE VIEILLISSEMENT

GENERALITES

DEMOGRAPHIE
PLACE DU VIEILLARD DANS LA SOCIETE
. *AU COURS DES AGES*
. *DE NOS JOURS*
RETRAITE
HABITAT

EXAMEN

EXAMEN SOMATIQUE
LES ECHELLES DE COMPORTEMENT
. *L'ECHELLE DE COMPORTEMENT DE FERGUS FALLS*
. *L'ECHELLE DE NYMAN*
. *L'ECHELLE DU PROFESSEUR HUGONOT*

QUESTIONNAIRE PSYCHOLOGIQUE

L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE

LA PSYCHOMETRIE

I - LES METHODES D'APPRECIATION DE LA DETERIORATION MENTALE

1. Méthode longitudinale
2. Méthode indirecte
3. Méthode de Babcock (1930)

II - LA DETERIORATION PATHOLOGIQUE ET LA RECHERCHE DES SIGNES D'ORGANICITE

a) Détérioration psychotique

- *Dans les démences*
- *Dans la schizophrénie*
- *Dans la psychose maniaco-dépressive*
- *Dans les délires paranoiaques*
- *Dans les psychonévroses*
- *Dans les états dépressifs*
- *Dans la débilité simple ou avec crises comitiales*

b) Détérioration organique

1. *Le test de rétention visuelle de Benton*
2. *Le test de Rorschach*

c) Détérioration thymique

III - LES TESTS SONT MAL ADAPTES AUX VIEILLARDS

1. Problème d'abord psychologique
2. Problème de motivation
3. Longueur des tests
4. Gêne physique
5. Difficultés d'expression
6. Complexité des épreuves
7. Manque d'étalonnage
8. Validité des tests
9. Dispersion importante des résultats

IV - LIMITES DE LA PSYCHOMETRIE

VIEILLISSEMENT NORMAL

I - DEFINITION

II - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

. ASPECT MACROSCOPIQUE

. ASPECT MICROSCOPIQUE

III - ASPECTS PHYSIOPATHOLOGIQUES ET FONCTIONNELS

IV - ELECTRO-ENCEPHALOGRAPHIE

V - MODIFICATIONS NORMALES DANS LE 3ème AGE

. MODIFICATIONS SENSORIMOTRICES

. MODIFICATIONS INTELLECTUELLES

. MODIFICATIONS CARACTERIELLES ET AFFECTIVES

VI - CAUSES DE VARIABILITE

. NIVEAU INTELLECTUEL

. L'ACTIVITE PHYSIQUE ET MENTALE

. LES FACTEURS PATHOLOGIQUES

. L'ETAT CIVIL

. LES STRESS PSYCHOLOGIQUES, LE CONTEXTE SOCIAL, ECONOMIQUE, FAMILIAL

VII - LE VIEILLARD, SES RELATIONS, SES PROBLEMES

A - VIEILLISSEMENT, RETRAITE, ACTIVITES, LOISIRS

a) La retraite
- Aspects négatifs de la retraite
- Aspects positifs de la retraite
- Adaptation à la retraite

b) Les activités

B - VIEILLISSEMENT ET RELATIONS SOCIALES

C - VIEILLISSEMENT ET FAMILLE

D - VIEILLARD ET ENFANTS

E - VIEILLARD ET COLLECTIVITE

a) Admission

b) Adaptation

- *Contexte*
- *Adaptation négative*
- *Adaptation passive*
- *Adaptation active*

c) *Quelques caractères psychosociologiques*

F - VIEILLARD ET SANTE

G - VIEILLARD, VIE ET MORT

H - ATTITUDE DU VIEILLARD FACE A SON AGE

I - EXPERIENCE DU TEMPS

J - SOMMEIL

VIII - QUELQUES REFLEXIONS SUR LE VIEILLISSEMENT ET SON DYNAMISME

VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE

I - TROUBLES PSYCHOGENES - ETATS LIMITES

II - SUICIDE

III - SEXUALITE

IV - DELINQUANCE

V - PATHOLOGIE PROPREMENT DITE = GENERALITES

OBSERVATIONS

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

AVANT PROPOS

La gérontopsychiatrie est la branche de la psychiatrie portant sur tous les troubles mentaux de la vieillesse mais plus particulièrement sur ceux qui commencent à se manifester de façon marquante après l'âge de 65 ans.

Notre propos n'est pas d'embrasser un aussi vaste programme mais d'étudier quelques points de la psychologie du vieillard notamment en institution, et de voir certains aspects pathologiques à propos d'observations faites dans le service de médecine interne et de gériatrie du CHR de BORDEAUX, du Professeur CHOUSSAT. Nous avons choisi d'étudier des "chambres" plus que des malades pour nous permettre d'avoir un aperçu de la dynamique du groupe.

Par ailleurs, au cours de nos recherches, nous avons constaté que le vieillard était en prise avec son environnement de façon telle qu'il nous a paru indispensable de consacrer une large part de notre thèse à l'étude des problèmes socio-économiques.

A première vue ceux-ci peuvent sembler être hors du sujet, cependant pour comprendre les réactions d'adaptation, positives ou négatives, de la personne âgée, réactions qui peuvent aboutir à des situations dramatiques, il est bon de connaître les facteurs qui agissent sur son équilibre psychique.

HISTORIQUE DE LA GERIATRIE ET DE LA GERONTOPSYCHIATRIE

L'intérêt suscité par des particularités physiques et psychiques de la vieillesse remonte à la plus haute antiquité.

Nous retrouvons régulièrement dans la littérature plusieurs problèmes :

- Quels sont les avantages et les inconvénients inhérents à la vieillesse ?
- La vieillesse est-elle une maladie ?
- Comment empêcher ou tout au moins ralentir le vieillissement ?

On retrouve bien entendu des conceptions opposées chez les auteurs.

Socrate hésite à prolonger sa vie par crainte de l'affaiblissement physique et psychique de la vieillesse ; Platon au contraire, fait l'éloge de la sagesse du vieillard ; Cicéron rattache le premier l'hypocondrie dans la vieillesse à l'isolement social ; quant à Térence c'est à lui que l'on attribue la sentense "senectus ipsa est morbus" ; Galien écrit le "De Sanitate tuendae" par laquelle il souligne que l'âge en soi n'est pas une maladie mais un état de l'organisme ; Coelius Aurélianus étudie la différence entre la conséquence des maladies dans la jeunesse et celle dans l'âge avancé.

Au moyen âge, avec Roger Bacon, on pense de nouveau que le grand âge est une maladie. On essaie donc de prolonger la vie en retardant les symptomes.

Gerhard Von Swieten a prononcé en 1778 son discours sur la conservation de la santé chez le vieillard dans lequel il insistait sur son utilité dans la société.

La nature des transformations psychiques dans la vieillesse ne fut comprise qu'au début du XIX siècle.

Benjamin Rush étudia la symptomatologie de la vieillesse, les altérations du caractère et le comportement anormal.

Esquirol définit et décrivit la démence sénile.

Constatt écrivit en 1839 "sur les maladies de l'âge avancé et leur guérison". Il y décrit les symptomes subjectifs tels qu'insomnie, vertiges, somnolence et certaines particularités du caractère des vieillards comme leur égoïsme, l'hypersensibilité, l'irritabilité. Dans la 2ème moitié du XIX è siècle les auteurs qui s'intéressent à l'aspect physique du problème deviennent plus nombreux ; parmi eux nous pouvons citer : Schwalbe, Charcot, Virchow, Naunyn, Wille, Kraeplin, Redlich.

En 1914, Nascher publie un ouvrage sous le titre de Gériatrics ; le terme de "gériatrie" est né.

La psychiatrie de la sénescence ne prend son grand essor qu'après la 2ème guerre mondiale.

En 1938 paraît aux U.S.A. "Problems of Aging" de Cowdry.

En 1945 est fondée la société américaine de gérontologie dont l'organe est le "journal of gerontology".

En 1951 Schock à Baltimore publie la mise à jour de toute la bibliographie gérontologique soit près de 18 000 références. La même année Schock fit paraître "Trends in gerontology".

Verzar crée un institut de gérontologie à Bâle. La société de gérontologie suisse naît en 1953. Une revue "gérontologia" est consacrée à la recherche médicale et biologique.

A Kiev, les Russes possèdent un institut de gérontologie sous la direction de Tchébotariev.

En Italie, en 1938 Bastaï et Dogliotti publient la physiopathologie de la vieillesse. Greppi fonde en 1952 la société italienne de gérontologie et le "giornale di gérontologia".

En 1955 Binet et Bourlière publient un "précis de gérontologie".

En 1960-61, en France, les travaux d'une commission "d'étude des problèmes de la vieillesse" aboutissent à la publication d'un rapport intitulé "Politique de la vieillesse" qui sert de modèle à plusieurs pays étrangers.

C'est à partir de 1960 que des médecins de diverses disciplines, chargés de services d'hospice, se spécialisent peu à peu en gériatrie. Plusieurs services se consacrent à la gériatrie parmi lesquels il faut nommer Nancy où a existé le 1er centre de rééducation fonctionnelle spécialisé pour les personnes âgées, Grenoble qui réalise un modèle de gérontologie sociale.

Depuis ont lieu régulièrement des cours, des journées de gériatrie, des congrès nationaux ou internationaux de gérontologie.

Comme le souligne Müller "il ne s'agit pas d'une nouvelle discipline mais d'un champ d'intérêts connu de longue date, que les méthodes modernes permettent tout au plus de mieux circonscrire et de mieux éclaircir".

CAUSES DU PEU D'INTERET SUSCITE PAR LA GERONTOPSYCHIATRIE

Malgré l'essor actuel de la gérontologie et de la gérontopsychiatrie, les problèmes qu'elles soulèvent ne suscitent que peu d'intérêt dans le public, dans le personnel soignant, et même chez les médecins. On peut l'expliquer par l'attitude d'indifférence ou de peur face au vieillard et au malade mental. Chez beaucoup de médecins, remarque Müller, on note un refus inconscient du malade sénile comme si une confrontation avec la vieillesse à travers leur patient les gênait, empêchant la compréhension communicative en raison de tabous personnels chargés d'affectivité et déclenchant des mécanismes de refoulement massif.

"Le vieillard apparaît donc au niveau de l'inconscient collectif comme l'être par définition dévolu à la mort qui est ainsi déférée à une classe d'âge. Il se produit ainsi, en même temps que le rejet de la mort, un rejet de cette classe". (Lempérière et Jullien).

La vieillesse représente la fatalité du destin. Elle détourne de son étude la plupart d'entre-nous qui lui préfèrent l'attrait de l'espérance.

"Quant au vieillard dit "psychiatrique", il est rejeté doublement car à l'angoisse de la mort il ajoute pour les autres la peur de la maladie mentale".

La folie est à la fois bouffonnerie, menace, mystère. Menace car c'est le signe du péché, et de la possession par le mal. La folie dénonce le vice, les égarements des sens, c'est la condamnation de l'hérédité, de l'alcool ou de la syphilis.

Dangereuse et fatale, la folie ne peut-être qu'incurable et désespérée. Elle est mystère car les attitudes et les propos étranges signent à coup sûr un commerce avec la divinité ; les transes et le mal sacré, les affirmations prophétiques, les audaces intellectuelles témoignent d'une participation aux secrets de l'univers. La folie est une technique de l'extase. Comme tout mystère, la folie appelle la curiosité respectueuse et inquiète. A la fois fête, mystère et menace, la folie a toujours gêné la société. Cette gêne et cette maladresse justifient les continuelles oscillations de l'attitude collective entre la tolérance et la réprobation, le libéralisme et le renfermement" (Pélicier).

Mandsley écrit à propos de l'expulsion et de l'élimination des malades mentaux :

"Au fond peut-être y-a-t-il là une curieuse évidence de l'action de la loi, de la sélection naturelle : l'individu malade, devenu incapable des fonctions naturelles de l'espèce est instinctivement exclu de la communauté".

DIFFICULTES DE L'ETUDE DE LA VIEILLESSE

La gériatrie en général et la gérontopsychiatire en particulier présentent d'importantes difficultés.

- Tout d'abord la formation non appropriée des omnipraticiens qui ne savent pas toujours déceler les maladies mentales de la vieillesse.

- Ensuite la rareté relative des observations et recherches concernant la vieillesse. Cette rareté a plusieurs causes : le vieillard est un sujet d'étude peu apprécié, il n'est pas toujours accepté dans les services hospitaliers et les recherches cliniques sont peu approfondies dans les hospices, en très grande partie faute de moyens nécessaires à ces investigations.

  D'autre part il y a une absence de collaboration des différentes branches de la médecine dans ce domaine.

- Les éléments phylosophiques qui rendent cette étude encore plus obscure et confuse.

- Mais surtout la connaissance incomplète de l'origine et du mécanisme de la vieillesse.

Le dépistage précoce des maladies mentales chez la personne âgée est rarement fait. Les troubles passent inaperçus tant qu'ils n'ont pas atteint un stade assez avancé ; de plus, le malade demande rarement de lui-même l'aide médicale.

Le tout est encore compliqué par des aspects "limite" aux confins du normal et du pathologique, et par l'intrication de facteurs variés sociaux, économiques, familiaux, psychologiques, psychodynamiques, biologiques et de maladies, notamment l'artériosclérose. De plus, les troubles psychoorganiques et fonctionnels se superposent.

Les premiers déterminent l'évolution et la mortalité, les seconds, les effets thérapeutiques.

GENERALITES SUR LE VIEILLISSEMENT

La vieillesse ou sénescence est la période de la vie pendant laquelle l'affaiblissement des fonctions mentales et physiques se fait de plus en plus sentir et ceci de façon nettement plus marquée que pendant les périodes antérieures de la vie.

Statistiquement et arbitrairement on a fixé entre 60 et 65 ans le début du 3ème âge. C'est à ce moment qu'apparaissent en général les troubles de la sénescence mais le vieillissement, tant mental que physique, peut se manifester à n'importe quelle période de l'existence.

Les auteurs ont situé le début du vieillissement à des moments très différents suivant l'angle sous lequel ils l'étudiaient.

Si on considère les facultés intellectuelles, c'est à partir de la 20ème année qu'il débuterait.

Certains comme Durand-Fardel, Vierodt, ont divisé la vie en périodes correspondant à la capacité de reproduction, d'autres comme Weissenberg, Pende, Hirsch, ont fait une classification qui tient exclusivement compte de l'accroissement organique.

Pour Minot la sénescence commence au moment où débute la différenciation des tissus, moment où le pouvoir de multiplication cellulaire perdrait de son énergie, donc dès les premières années de la vie.

Florens, Quatelet, Hansemann, Rubner pensent que la sénescence s'installerait avec l'arrêt de la croissance organique, c'est-à-dire à la "maturité". On trouve également une classification du point de vue morphologique de Weissenberg, Bartels, Stratz, Muhlmann. Ils divisent la vie en :

- une période de développement caractérisé par une augmentation de poids par croissance en hauteur et en largeur.
- une période d'état où l'augmentation de poids se fait seulement par accroissement en largeur. On peut également avoir une stabilité de poids.
- une période d'involution avec diminution du poids par atrophie des organes.

Pende divise cette 3ème période en

- une période de déformation progressive et
- une période de décrépitude.

Toutes ces définitions ne correspondent pas à la conception que l'on se fait de la vieillesse, de plus, pour tout tissu d'un point de vue histologique, il existe au cours de la vie une alternance de processus de construction et de destruction ainsi que d'accumulation et de consommation d'énergie.

Au début de la vie les premiers ont prépondérance sur les deuxièmes, puis dans la période de maturité, ils s'équilibrent, ensuite le processus destructif prédomine dans la sénescence, ce qui a amené Bastai et Dogliotti à donner cette définition de la vieillesse : "Période de la vie où l'on assiste à une involution organofonctionnelle - plus ou moins marquée selon l'individu - caractérisée par la prédominance des phénomènes régressifs et destructifs sur les phénomènes constructifs, s'exerçant également dans le domaine des échanges matériaux et énergétiques au niveau de tous les organes et de tous les tissus".

Plus récemment l'OMS a fait une classification par périodes de 15 ans, à partir de 45 ans ce qui subdivise la vieillesse en plusieurs classes d'âge:

Age moyen 45-59 ans, personnes âgées 60 à 74 ans, vieillards 75-89 ans, grands vieillards 90 ans et plus.

Il faut citer également la curieuse classification de Ph. BAUMGARTNER :

- Croissance : de la naissance à 20 ou 22 ans
- Jeunesse : de 22 ans à 45 ou 50 ans
- Présénescence avec 2 subdivisions :
  - Période de transition de 45 à 60 ans
  - Période de calme de 60 à 78 ou 80 ans
- Vieillesse avec 2 subdivisions :
  - Vieillesse active de 80 à 92 ou 94 ans
  - Sénilité de 94 à 115 ans.

Devant l'incertitude des limites de la vieillesse, il se pose naturellement la question de savoir si la vieillesse est un phénomène normal ou pathologique.

Comme l'écrit Bourlière, le vieillissement n'est pas le défaut de fonctionnement d'un seul organe mais un phénomène général. Il n'y a pas d'âge de croissance, de stabilité, de décroissance mais une lente décroissance qui commence même avant la fin de la croissance. La plus visible est l'atteinte des fonctions sensorielles et motrices ; mais alors que la faiblesse d'un récepteur sensoriel est aisément compensée, la baisse de l'ensemble des organes récepteurs aboutit au rétrécissement du champ perceptif caractéristique du vieillissement (Bourget). La vieillesse de l'organisme dépend de la somme algébrique des états anatomo-fonctionnels de tous les organes et tissus, en raison de leur capacité fonctionnelle.

Mais nous retrouvons les mêmes caractères dans le vieillissement pathologique ; présence de facteurs involutifs et dégénératifs, prédominance des processus destructifs, ralentissement graduel des phénomènes biochimiques jusqu'à la mort.

La sénilité et les conditions pathologiques mènent de la même façon à la mort. La vieillesse serait alors une maladie au sens large : maladie sui generis (Bastia et Dogliotti).

Cependant il ne faut pas confondre les phénomènes de vieillissement et les multiples affections de l'âge avancé (artériosclérose, hypertrophie prostatique, bronchite chronique...) qui viennent considérablement compliquer l'étude de la sénescence physiologique.

G E N E R A L I T E S

DEMOGRAPHIE

L'importance du problème démographique est telle qu'il est nécessaire de lui consacrer ici un bref exposé.

Jusqu'au 18ème siècle, les lois naturelles, mortalité infantile importante, guerres, famines, maintenaient l'accroissement de la population à un taux faible ; les adultes jeunes étaient nombreux.

Au 18ème siècle les techniques nouvelles, agricoles et industrielles, le développement des moyens de communications entraînent une disparition de la famine. La population passe alors brutalement en France de 18 à 26 millions d'habitants.

Au 19ème siècle, l'hygiène fait baisser la mortalité alors que le malthusianisme fait baisser la natalité dans des proportions moindres.

Au 20ème siècle la population vieillit car la natalité ne compense pas la mortalité ; le vieillissement de la population ne résulte donc pas d'un allongement de la vie mais de la baisse de la natalité. L'hygiène et les progrès de la médecine ont augmenté l'espérance de vie à la naissance mais peu à l'âge adulte. Le vieillard est une "création sociale". L'homme ne vit pas plus vieux mais un plus grand nombre de personnes parviennent à la vieillesse (Bourget).

Proportion des plus de 65 ans en % de la population

T A B L E A U I

	1850	*1860*	*1870*	*1880*	*1890*	*1900*	*1910*	*1920*	*1930*	*1940*	*1950*	*1968*	*1974*
France	6,47	6,89	7,41	8,11	8,28	8,2	8,36	9,05	9,35	-	11,8	13,4	13,3
Angleterre	4,64	4,68	4,79	4,62	4,77	4,69	5,22	6,03	7,4	8,97	10,83	17,3	
Suède	4,78	5,22	5,43	5,90	7,68	8,37	8,44	8,40	9,20	9,41	10,31	17,2	
Allemagne	-	-	-	4,72	5,10	4,88	5,04	5,77	7,36	-	9,72	17,6	
U.S.A.	-	-	-	-	-	4,07	4,30	5,67	5,41	6,85	8,14	11	

Le tableau II montre qu'en 2 siècles la population française est passée de 1 à 1,5 pour les sujets âgés de moins de 20 ans et de 1 à 5 pour les personnes de plus de 60 ans.

T A B L E A U II

	0 à 19 ans	*20 à 59 ans*	*60 ans et plus*	*Population totale*
ers 1775	11 000 000	12 800 000	1 850 000	25 650 000
ers 1850	13 406 000	19 258 000	3 591 000	36 255 000
1900	13 312 000	20 349 000	4 790 000	38 451 000
1946	11 847 000	21 861 000	6 442 000	40 150 000
1958	13 975 000	23 018 000	7 296 000	44 289 000
1968	16 276 960	24 368 580	9 359 000	49 755 780
1974	16 844 800	26 213 700	9 616 300	52 674 800

Le 3ème tableau est particulièrement significatif de l'augmentation en pourcentage des personnes âgées.

T A B L E A U III

	Plus de 60 ans	*Plus de 65 ans*
Vers 1775	7,2	-
Vers 1850	9,9	6,47
Vers 1900	12,7	8,50
1946	16,0	10,00
1958	16,5	11,00
1968	17,8	13,40
1974	18,3	13,3

Le 4ème tableau montre une grande prédominance féminine chez les personnes âgées.

T A B L E A U IV

	Hommes	*Femmes*	*Total*
de 65 à 69 ans	1 055 000	1 311 000	2 366 000
de 70 à 74 ans	690 000	1 099 000	1 789 000
de 75 à 79 ans	427 000	825 000	1 253 000
de 80 à 84 ans	251 000	536 000	787 000
de 85 à 89 ans	102 000	256 000	358 000
de 90 à 94 ans	26 000	81 000	107 000
95 ans et plus	4 000	15 000	19 000
	2 556 000	4 123 000	6 680 000

Quant à l'espérance de vie à la naissance elle était en 1933 de

- 56 ans pour les hommes
- 61 ans pour les femmes

en 1970 de

- 69 ans pour les hommes
- 75 ans pour les femmes.

Une étude faite par Eric Martin sur les chiffres de la Metropolitan Life Insurance compare l'espérance de vie à la naissance et celle à 65 ans.

Espérance de vie moyenne aux U.S.A. :

	1900	*1950*	*Augmentation*
Hommes à la naissance	48,2 ans	67,3 ans	19,1 ans
Hommes dans la 65è année	11,5 ans	12,9 ans	1,4 ans
Femmes à la naissance	51,1 ans	73,6 ans	22,1 ans
Femmes dans la 65è année	12,8 ans	15,5 ans	2,7 ans

PLACE DU VIEILLARD DANS LA SOCIETE

. *AU COURS DES AGES*

Au cours de l'histoire la position du vieillard dans la société a oscillé entre deux extrêmes. A certaines époques, en particulier dans les tribus de nomades et de chasseurs, la jeunesse a été surestimée et la vieillesse considérée comme inutile. Parfois même la vie des vieillards était systématiquement écourtée par abandon. A d'autres époques la vieillesse fut appréciée et respectée. On retrouve alors comme chefs des hommes âgés. Dans les sociétés primitives les connaissances se transmettaient oralement et toute une vie y était nécessaire. Les anciens connaissaient la raison d'être des choses et étaient capables de savoir ce qu'il fallait faire (Bourget). Ils faisaient figure aux yeux des générations suivantes, de sagesse conseillère, investie du poids de l'expérience (Lempérière, Julien).

De plus sa rareté valorisait la vieillesse, privilège sélectif réservé au plus robuste, réussite accordée à un très petit nombre.

Plus tard Cicéron parle de la vieillesse comme d'une maladie, et au Moyen Age on associe souvent l'idée de sorcellerie à l'image du vieillard. La transformation du visage, la déformation de ses traits, de même que les particularités de caractère telles que la jalousie, la tendance au surnaturel, l'autoritarisme et l'impulsivité ont probablement contribué à créer cette image (Müller).

. *DE NOS JOURS*

De nos jours la vieillesse est dévalorisée et on parle des personnes âgées avec le secret espoir de ne pas devenir comme elles. Nous avons vu dans l'introduction que le vieillard est l'image du futur pour les générations suivantes, de la fatalité et de l'évolution inexorable de la vie vers la mort. C'est cette pensée que l'on rejette inconsciemment en même temps que les personnes âgées. De plus pour les jeunes générations il y a assimilation de l'aïeul à l'image du Père. Il est donc, à ce titre, objet de contestation.

Mais actuellement c'est un problème de société qui prime en la matière.

Dans notre civilisation de tradition écrite où les techniques évoluent à une très grande vitesse, où il faut se recycler en permanence, la lenteur du vieillard l'empêche de s'adapter et de garder sa place. "Pour une pensée qui considère le temps comme cyclique, la création comme une redécouverte, qui appuie la réalité à une trancendance", le vieillissement apparaît comme un terme. Au contraire pour une pensée projetée dans l'avenir à l'assaut de nouveautés, de progrès indéfinis, le vieillissement est un échec. Que peut faire des vieux une société dont le savoir se renouvelle d'année en année, si bien que chacun doit sans cesse se reconvertir ? A l'époque de la vitesse, de la fuite dans la temporalité, de l'efficacité, quelle peut être la place du vieillard dont la lenteur et l'inutilité sont comme un avant goût du passage

qu'il va accomplir à travers la mort ?" Bourget.

A cela il faut ajouter la notion de profit et de rentabilité, base de notre société. Le vieillard sans activité professionnelle devient une charge, un être inutile qu'il faut faire vivre sans l'espoir qu'un jour il puisse compenser les dépenses présentes ; si de surcroît il est malade c'est une charge économique supplémentaire pour "un matériel irrécupérable". Au sein de la famille la position du vieillard n'est pas meilleure. Le noyau familial s'est réduit à deux générations : les parents et les enfants. La personne âgée n'y a plus sa place. Le rythme de vie, le travail éloigné, les logements exigus, les salaires insuffisants, les prix élevés sont autant de causes à l'abandon du vieillard désormais inutile. Depuis quelques années ces problèmes prennent une telle acuité qu'une ébauche de politique économique et sociale se met en place. "La gérontologie sociale apparaît ainsi comme un substitut de la famille traditionnelle, incapable d'assurer la protection de ses membres, du berceau jusqu'à la tombe". (Havighurst)

RETRAITE

Parler de la retraite c'est aussi parler du travail puisque prendre la retraite correspond à être mis à l'écart du travail. Ses conséquences en sont considérables tant sur le plan économique que psychoaffectif et même physique. Nous aurons l'occasion, à maintes reprises, de développer les divers aspects de ce sujet. Ici nous n'étudierons la retraite que sous l'angle des revenus. Arbitrairement, l'âge de la retraite a été fixé à 65 ans avec la possibilité de "prendre une retraite anticipée" à 60 ans.

A 65 ans l'ancien travailleur touche 40 % du salaire plafonné sans revalorisation mais s'il a cessé le travail à 60 ans la somme est réduite à 20 % du salaire. Tandis qu'à 75 ans elle est de 60 %.

Si une inaptitude, reconnue par la S.S. l'oblige à arrêter son activité professionnelle entre 60 et 65 ans, ce sont les 40 % du salaire qui lui sont versés. Cependant certaines catégories socioprofessionnelles comme les instituteurs, professeurs, militaires, cheminots, ont leur retraite avant 65 ans. Par ailleurs, il existe des régimes de retraite complémentaire qui versent des sommes supplémentaires malheureusement pas toujours très importantes. La retraite des vieux en 1967 était de 5 Frs par jour.

Deux revalorisations sont intervenues au 1er juillet 1974 pour les personnes âgées.

L'une intéresse tous les retraités qui perçoivent une pension de vieillesse de la sécurité sociale (régime général). Leur pension principale (et la bonification pour enfants, la cas échéant) est majorée de 6,7 %. Cette revalorisation s'applique également au montant de la majoration pour tierce personne dans des pensions de vieillesse.

L'autre intéresse tous les retraités qui n'ont droit qu'au minimum vieillesse, qu'ils aient été salariés, non salariés, ou qu'ils n'aient jamais travaillé à condition que leurs ressources soient inférieures à un maximum fixé. Ce minimum vieillesse est porté de 5 200 F à 6 300 F par an (une pension ou allocation de vieillesse minimum de 3 000 F à laquelle s'ajoute l'allocation supplémentaire du Fond National de solidarité de 3 300 F). Ce minimum vieillesse est dû à toutes les personnes âgées dont les ressources n'exèdent pas 7 200 F par an et par personne et 12 600 F par ménage.

Le 24 décembre 1974 a été annoncée une augmentation du minimum vieillesse qui sera porté à 18,60 F par jour.

Sous certaines conditions les personnes âgées peuvent bénéficier de l'allocation de logement et d'exonération sur l'eau, le gaz, la radio, la télévision.

Malgré tout, pour ceux dont le salaire est bas, sans complément de retraite, c'est la pauvreté ou le travail officieux mal rémunéré. Le droit au repos, cache une semi interdiction au travail. Dans notre société basée sur la rentabilité et le négoce, le vieillard rapporte peu, il reçoit peu. L'enquête de Neugarten et Garron montre que l'appréhension de la diminution des ressources est un des facteurs constituant la crainte de vieillir.

HABITAT

"L'importance affective du logement qui constitue un besoin essentiel pour tous les individus, va en augmentant avec l'âge. Par la réduction de la mobilité physique et psychique des personnes âgées, le "chez-soi" tend en effet à devenir le cadre presque permanent de la vie, pour ne pas dire le monde même du vieillard. Quitter ce cadre représente souvent un traumatisme important qui peut avoir des retentissements psychiques graves. C'est pour cette raison que même lorsqu'elles souffrent d'une insuffisance de moyens économiques et qu'elles vivent dans des conditions inadéquates aux besoins propres à leur état, les personnes âgées préfèrent d'une part, conserver leur indépendance, et, d'autre part demeurer dans le cadre auquel elles se sont habituées. Toutes les études sociologiques s'accordent sur ce point" (Müller). C'est pourquoi on retrouve le plus souvent les personnes âgées dans des immeubles vétustes, aux escaliers raides et glissants, trop grands à entretenir et à chauffer.

Le logement idéal, à la fois refuge et lieu d'intimité doit être fonctionnel facile à chauffer, de taille adéquate et d'accès facile. Les immeubles neufs ont toutes ces caractéristiques ; malheureusement ils sont souvent éloignés du quartier dans lequel a vécu le vieillard depuis de nombreuses années. En le quittant il perd son cadre de vie, ses amis, ses connaissances, ses habitudes. D'autre part les immeubles neufs sont souvent collectifs. Le mode de vie y est particulier, chacun est anonyme, les relations entre locataires y sont réduites. Ce nouveau cadre de vie pose de difficiles problèmes d'adaptation aux personnes âgées. Il faudrait donc s'attacher à restaurer les anciens logements et à en construire de nouveaux, proches des centres d'activité. Pour éviter la ségrégation des personnes âgées et leur isolement on devrait construire des appartements de taille différentes, ouvrant sur le même palier, ce qui faciliterait les contacts entre les vieillards et des familles plus jeunes. En milieu rural le problème se pose peu. En général les parents sont logés sur l'exploitation de leurs enfants ou dans le village voisin. Pour les vieillards qui ne peuvent vivre seuls

du fait de leur isolement, de leurs ressources trop modestes, de leur déficience, physique ou mentale, il n'y a guère actuellement que la possibilité d'aller à l'hospice, à la maison de retraite, voire à l'hôpital. Là encore la transplantation se fait durement ressentir. Le domaine propre de chacun se réduit en général à un lit, une chaise et un placard. Les relations avec l'extérieur sont souvent inexistantes du fait de l'éloignement des agglomérations urbaines : les sorties et les visites sont rares. Pour pallier à ces inconvénients, on devrait implanter ces services près des centres d'activités, y supprimer les chambres communes au profit des chambres individuelles où chacun pourrait apporter son mobilier, ne pas séparer les couples et éviter le gigantisme qui entrave la formation de groupes. Petit à petit des solutions intermédiaires s'installent :

- les logements foyers : il s'agit de logements individuels assortis de services collectifs installés dans le même immeuble ou, à défaut, à proximité immédiate. Cette formule facilite l'aide à domicile et la surveillance médicale (Müller).

- l'aide à domicile : consiste en un soutien ménager personnalisé, adapté à chaque cas particulier. Pour l'instant elle est réservée aux invalides mais elle devrait être étendue à des personnes âgées moins handicapées dans un but de prévention.

- les clubs foyers : offrent des loisirs et des activités adaptés au 3ème âge. Ils permettent aux personnes âgées d'occuper leur temps libre, de se retrouver, de s'encourager mutuellement. Ils servent souvent des repas pour des sommes modiques.

- les soins à domicile : ils sont dispensés par des infirmières sociales et des aides de maison. Dans certains pays on a introduit le système des "repas roulants".

- l'hôpital de jour : destiné aux vieillards dont les troubles ne nécessitent pas une hospitalisation mais qui requièrent des soins spécialisés. Le patient vient au centre thérapique et rentre le soir chez lui.

Toutes ces solutions sont destinées à protéger les investissements socio-affectifs du vieillard en lui permettant de continuer à vivre dans son ancien cadre de vie. On le maintient ainsi le plus longtemps possible dans son milieu antérieur avec des conditions satisfaisantes, et un minimum de dépenses pour la collectivité.

E X A M E N

EXAMEN SOMATIQUE

L'examen du sujet âgé comporte, comme pour tout malade, un examen somatique complet des différents organes, atteints différemment par le processus de vieillissement. Le vieillard y oppose une certaine résistance par pudeur, mais les vraies difficultés proviennent de troubles moteurs, sensoriels, mentaux ou aphasiques. L'examen est alors impossible malgré toute la patience et la compétence du médecin.

LES ECHELLES DE COMPORTEMENT

La crétation des échelles de comportement permet une évaluation rapide objective, quantifiable de l'état physique et psychique du malade par le personnel soignant. Particulièrement bien adaptée aux malades très détèriorés ayant perdu le contact verbal, cette méthode permet de suivre l'évolution dans le temps ; son rôle est appréciable en pharmacologie dans l'évaluation de l'efficacité médicamenteuse.

L'ECHELLE DE COMPORTEMENT DE FERGUS FALLS, utilisée en Suède et adoptée par Bellanger - Lofvenberg S., Osterman E. et Lassenius B. explore 11 facteurs de comportement notés de 1 à 5. Elle est reprise dans la thèse de Bourget.

A - Comportement du sujet au travail

1. Aucun travail. Refus de travailler. Opposition manifeste à tout travail.
2. Travail modéré sur injonction pressante (nécessité d'une surveillance permanente).
3. Possibilité de participation à un travail régulier (nécessité de surveillance).
4. Participation enthousiaste à toutes sortes de travaux (le sujet réclame du travail).
5. Un intérêt normal est porté au travail effectué et même un choix est opéré entre les diverses sortes de travaux proposés, sans aller cependant jusqu'à l'exécution d'autres travaux que ceux qui ont été confiés.

B - Comportement du sujet aux repas

1. Nécessité de veiller spécialement à ce que le sujet ne se goinfre pas. Nécessité d'aider le sujet à manger ou de le gaver à la sonde.
2. Le sujet mange seul, mais en se salissant. Nécessité d'insister pour qu'il s'alimente.
3. Le sujet s'alimente seul et de façon normale avec un couvert mais doit être servi.
4. Le sujet réclame et passe les objets à table, sans participer à la conversation.
5. Le sujet se tient très correctement à table.

C - Rapports avec les autres hospitalisés

1. Le sujet vit replié sur lui-même. Possibilité de bagarre.
2. Le sujet ne se joint aux autres qu'épisodiquement ou après y avoir été invité.
3. Manifestations de signes de camaraderie. Participation à des conversations. Possibilités de se lier d'amitié.
4. Le sujet cherche spontanément à nouer des contacts. Eventuellement prise d'initiative de jeux ou de travaux nécessitant une participation collective (lavage de vaisselle, jeux de cartes).
5. Le sujet se montre serviable pour les autres sachant que ce sont des malades et en tenant compte.

D - Rapports avec le personnel soignant et hospitalier

1. Opposition. Hostilité (avec éventualité de coups). Le sujet ne fait absolument rien de ce qu'on lui demande.
2. Possibilité de faire quelque chose qui lui plaît. Ne manifeste aucune hostilité.
3. Le sujet fait la plupart des choses demandées, réclame certains objets, tels que sa brosse à dents.
4. Désir manifeste de collaboration. Le sujet fait tout ce qu'on lui demande.
5. Vit des relations normales : le sujet entame même spontanément la conversation sur des évènements d'actualité, tels que le temps, les matchs sportifs, etc...

E - Rapports avec les médecins, Assitantes sociales, Psychotechniciens

1. Hostilité
2. Opposition passive. Le sujet manifeste une certaine réserve à entrer en relation avec ceux qui le soignent mais sans intransigeance.

3. Le sujet répond quand on lui adresse la parole.

4. Le sujet demande des conseils.

5. Le sujet comprend, approuve et désire être soigné.

F - Position vis-à-vis des traitements actifs (Insuline et électrosismo-thérapie)

1. Hostilité

2. Anxiété, crainte, sans aller jusqu'à l'hostilité.

3. Résignation passive.

4. Nette approbation, le sujet peut aller par exemple jusqu'à signaler qu'il se sent un peu mieux ensuite.

5. Le sujet réclame ces traitements, dont la nécessité a été admise.

G - Ergo et ludothérapie à l'exclusion des promenades

1. Absolument aucune participation. Opposition. Hostilité.

2. Participation épisodique après persuasion.

3. Participation sur sollicitation et même parfois spontanée.

4. Démonstration d'un intérêt certain. Participation enthousiaste à toutes les activités sans que le sujet fasse de grandes différences entre-elles ; il s'en réjouit cependant à l'avance.

5. Intérêt porté à plusieurs types d'activités différentes. Aptitudes normales à choisir des occupations favorites.

H - Intérêt porté aux habits et à sa personne

1. On doit aider le sujet à se vêtir. Nécessité de le surveiller sur ce point.

2. Le sujet s'habille lui-même, mais avec beaucoup de laisser-aller.

3. Un certain intérêt est porté à l'aspect extérieur avec même une certaine recherche d'élégance.

4. Le sujet veille à son aspect extérieur et à sa tenue. Il réclame de temps à autres des articles pour les améliorer.

5. Le sujet s'intéresse normalement à ces problèmes et ne détonnerait pas du tout au sein d'une réunion de gens quelconques.

I - Activité psychomotrice (à l'exclusion des trajets pour aller à la salle de bains, à la salle à manger et au dortoir).

1. Stationnement du sujet dans un coin si on ne le force pas à bouger ou, à l'inverse, hyperactivité rendant nécessaire l'isolement ou d'autres mesures restrictives.

2. Se déplace peu. Va d'une chaise à l'autre. A l'inverse, hyperactivité qui ne va pas jusqu'à nécessiter l'isolement ou d'autres mesures restrictives.

3. Persistance d'une certaine activité pathologique par exemple par suite de voix entendues. Par ailleurs, exécution de certains gestes raisonnés.

4. La plupart des gestes sont raisonnés, mais ils sont exécutés de façon un peu trop rapide ou un peu ralentie.

5. Le sujet présente une activité normale sans aucune différence avec celle des sujets sains.

J - Elocution

1. Absence de paroles ou bien les paroles prononcées restant le plus souvent sans signification.

2. Le sujet exprime quelques mots sensés (réponses par oui ou par non).

3. Il s'exprime par phrases courtes et claires (je voudrais tel ou tel objet).

4. Il s'exprimerait normalement si ce n'était un peu lentement ou un peu rapidement.

5. Il s'exprime tout à fait normalement.

K - Soins de toilette

1. Le sujet souille son lit ou ses vêtements plus de deux fois par semaine.

2. Le sujet se souille exceptionnellement, brosse ses dents et se lave sur ordre.

3. Le sujet présente un souci exagéré de propreté ou bien ses soins de toilette sont anormalement minutieux.

4. Absence de malpropreté. Soins de toilette, mais un peu de laisser aller dans les soins de toilette. Ne se brosse les dents et ne se lave qu'une fois par jour spontanément.

5. Soins de toilette normaux.

L'échelle de **Fergus-Falls** a le défaut d'insister davantage sur les comportements que sur la psychopathologie propre des sujets.

L'ECHELLE DE NYMAN issue de travaux suédois est utilisée pour les vieillards atteints de sénilité légère, adaptée par Gradel elle se présente ainsi :

1. Présente des signes de fatigabilité de l'attention (fait répéter les questions ou répond au bout d'un certain temps de conversation).

2. Diminution du niveau global de l'attention en conversation.

3. Sujet s'embrouillant et revenant en arrière dans la conversation.

4. Mauvaise souvenance des évènements récemment survenus.

5. Se plaint de trop de rapidité dans son travail ou dans la conversation.

6. Difficulté dans les entretiens de passer d'un sujet à un autre.

7. Tendance au radotage ou au rabachage.

8. Donne une grande importance aux sensations et aux expériences qu'il a vécues.

9. Particulièrement occupé par ses besoins matériels personnels.

10. Exagérément intéressé par ses infirmités corporelles et les fonctions de son corps.

11. A tendance à revenir à une comparaison entre le présent et le passé.

12. Parle beaucoup du passé en mettant l'accent sur le rôle sentimental, valorisant, gratifiant.

13. Méfiant et réticent devant des changements sociaux, des améliorations et techniques nouvelles.

14. Réserve et méfiance devant les nouveaux contacts, des étrangers (ne se crée pas de nouvelles amitiés).

15. Manière de vivre très solidement liée à ses habitudes qu'il s'est lui-même fixées.

16. Attachement excessif à sa propriété (ses vêtements personnels par exemple).

17. Peut moins bien dormir qu'autrefois.

18. Serein devant la mort ; pense avoir fait son temps.

19. N'éprouve pas le besoin de se confier aux autres, ni d'échanger des idées.

20. Pense que les personnes âgées ne sont pas honorées et respectées comme elles le méritent.

21. Préfère vivre avec des personnes du même âge plutôt que dans un milieu beaucoup plus jeune.

22. S'intéresse moins à sa tenue extérieure qu'autrefois.

23. Humeur méprisée, pessimiste et geignarde.

24. Attitude résignée, passive et indifférente dans son adaptation à l'existence.

25. Excitation ou humeur exaltée ou cordialité exagérée.

26. Diminution du contrôle des réactions émotives, sensiblerie.

On note :

. oui absolument 2
. oui un peu, dans une certaine mesure 1
. non pas du tout ou sans opinion 0

L'échelle de Nyman présente l'avantage de tenir compte du vécu intérieur et de la vie mentale du sujet, mais elle nécessite de la part du clinicien un entretien suffisamment long avec la personne examinée (Bourget).

Une autre échelle de comportement, *CELLE DU PROFESSEUR HUGONOT* fait appel à la notion d'espace. Celui-ci varie selon que l'on considère la motricité, la sensorialité, l'activité cérébrale ou sociale.

Espace moteur.

Extérieur normal (10)

Extérieur canne-béquille (9). Extérieur tierce personne (8). Extérieur fauteuil roulant (7). Intérieur normal (6). Intérieur canne-béquille (6). Intérieur tierce personne (4). Lit fauteuil actif (3). Lit fauteuil passif (2). Grabataire moteur (1). Grabataire moteur et cérébral (0).

Espace cérébral

Activité intellectuelle identique à l'activité antérieure (10). Activité intellectuelle normale mais réduite (9). Pertes de mémoire modérées (8). Pertes de mémoire importantes (7). Raisonnement normal (6). Désorientation modérée (5). Désorientation importante (4). Compréhension minime (réponse cohérente (3). Sens des paroles

conservé (réponses non cohérentes) (2). Pseudobulbaire (1). Sclérose cérébrale totale (0).

Espace sensoriel

De 0 à 10 en fonction des acuités visuelles et auditives.

Espace social

Conserve une activité importante (10). Garde un rôle animateur (9). Voyage (8). Participe à des activités extérieures (7). Fréquente des collectivités (foyer, club) (6). Rend visite à sa famille ou à des amies (5). Sort dans son quartier (4). Sort dans la rue (3). Ne quitte pas son logement (2). Ne quitte pas sa chambre (1). Ne quitte pas son lit (0). Les résultats obtenus sont reportés sur un schéma.

	Moteur	*Cérébral*	*Sensoriel*		*Social*
			Visuel	*Auditif*	
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					

Ces différentes échelles de comportement donnent une image objective de l'état physique et psychique du vieillard basée sur l'apparence du sujet. Elles dépendent trop du comportement du malade et de l'intuition de l'observateur et ne permettent pas une approche psychologique fine.

QUESTIONNAIRE PSYCHOLOGIQUE

Le questionnaire psychologique contrairement aux échelles de comportement constitue une tentative d'approche de la personne, de l'intérieur. Comme elles, il permet de quantifier les résultats portant sur des altérations mentales, affectives, relationnelles. Nous donnons ici le questionnaire psychologique de Vignon, Rambaud et Losson (M et JP).

I - ORIENTATION

- Date de naissance, âge, depuis quand êtes-vous ici ?
- Quelle année, mois, jour, heure sommes-nous ?

II - CAPACITE DE MEMOIRE

A - Evènements anciens

- Date de mariage.
- Date du service militaire.
- Que vous rappelle Verdun ?
- Date de l'armistice de 1918 ?

B - Evènements récents

- Menu du dernier repas.
- Chef de service

- Président de la République.
- Qui est Churchill ?
- Quel est le nom de l'infirmière qui s'occupe de vous ?

III - CAPACITES INTELLECTUELLES

A - Mois de l'année.

B - Contraire de : chaud, sec, brillant, lisse..

C - Combien font 2 x 2, 3 x 4, 8 x 7, 3 + 2, 12 - 3.

D - Répéter en commençant par le dernier chiffre : 21-18-13-8-6-12-9-17-6.

E - De quoi avez-vous besoin pour coudre un bouton ?

F - Test des 3 commissions : on demande au sujet en une seule fois de placer trois objets à trois endroits différents.

IV - JUGEMENT

A - A quoi sert une table ?

B - Que peut-on faire avec une fleur, un violon ?

C - Que faut-il faire
- quand on trouve une lettre cachetée, timbrée, munie de son adresse ?
- quand on a cassé un objet qui ne vous appartient pas ?
- si dans une salle de spectacle on est le premier à s'apercevoir qu'il y a le feu ?

D - Pourquoi :
- faut-il faire des économies ?
- fait-on des souliers en cuir ?
- est-il nécessaire qu'il y ait des lois ?

On note 0, 1 ou 2 suivant les réponses.

V - COMPORTEMENT

- Désintérêt global = 0
- Ne s'intéresse qu'au passé et à ses occupations personnelles = 1
- S'intéresse à son entourage immédiat, ses voisins, la vie de l'hôpital = 2
- Continue à s'intéresser aux évènements extérieurs, à l'actualité = 3.

VI - CONVERSATION

- Stéréotypée, logorrhée = 0
- Revient en arrière sur les sujets déjà abordés = 1.
- Difficulté à maintenir son attention et lenteur d'élocution = 2
- Conversation normale = 3.

VII - HUMEUR, AFFECTIVITE

- Très perturbée, hyper ou hyposthénique = 0 (hostile, agité, irritable ou au contraire très déprimé, pleurs etc...)
- Humeur labile modérément perturbée, égocentrisme = 1
- Humeur adaptée = 2.

On peut remarquer particulièrement dans les questions relatives aux capacités intellectuelles et au jugement que certains items sont empruntés au test d'intelligence de Wechsler-Bellevue. Le questionnaire lui-même pourrait être considéré comme une sorte de batterie de tests essentiellement verbale (bien que l'élément pratique soit présent sous la forme du test des 3 commissions) d'étalonnement facile, de fidélité malgré tout discutable, compte tenu de la grande rapidité de passation, et

de l'hétérogénéité des éléments qui entrent en jeu. (Bourget) Il existe d'autres questionnaires cherchant à approfondir un aspect particulier de la personnalité. C'est ainsi que Neugarten a tenter de mesurer la santé mentale au cours de la vieillesse en se basant sur son degré de satisfaction. Il est analysé selon cinq composantes :

- le degré de plaisir tiré des formes d'activité de la vie quotidienne.
- la mesure de la considération du sens de la vie.
- le sentiment d'avoir réalisé les buts de l'existence.
- l'image positive de soi-même.
- l'humeur et l'attitude optimistes.

(Bourget)

L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Il pose le problème de la non directivité. Mais dans le cas de la détérioration mentale (entendue au sens large comme baisse des efficiences) la non directivité implique la non systématisation des données. L'entretien libre permet l'attitude d'écoute et donne une approche globaliste du sujet. A l'opposé une attitude directive, quoique moins riche au plan relationnel, paraît plus susceptible d'exploitation diagnostique. L'examen systématisé semble faciliter le diagnostic de détérioration mentale : c'est une approche séméiologique par analyse terme à terme. Ce qui fait écrire à Biolsi : "La difficulté à cerner la détérioration mentale lors de nos précédentes tentatives nous amena à construire un examen en posant implicitement que la détérioration c'est précisement ce que nous trouverons avec cet examen.

"La vérité est une croyance couronnée de succès". (J.F. Lyotard) Ce faisant nous limitons arbitrairement le problème dans son aspect clinique. L'idée de détérioration mentale ne pouvant être dès lors que la somme des faits constatés qu'elle permet d'unir. En pratique cela

devenait un concept qui nous permettait de réunir plusieurs données plus ou moins disparates".

Quoiqu'il en soit l'examen psychiatrique systématisé ou non est un examen très long. Systématisé, il est construit suivant un schéma simple et constant. Cette standardisation permet une élaboration scientifique sur des données à peu près uniformes. Cependant une véritable graduation ne peut être établie. Müller donne un schéma de ce type.

1. *RENSEIGNEMENTS GENERAUX* concernant : l'ouie, la vision, la prévalence manuelle, le sommeil, le niveau scolaire.

2. *HUMEUR*. Sa tonalité, sa constance.

3. *COMPORTEMENT*. Son caractère, sa stabilité.

4. *MEMOIRE*

a) *Orientation* : dans le temps, dans l'espace.

b) *Evocation* : on demande de raconter un souvenir.

c) *Fixation* :

- on propose quatre termes oralement. On note le nombre de termes retenus en 30 secondes, 2 minutes, 10 minutes, 30 minutes, 1 heure.
- s'il y a échec à l'épreuve, on recommence en dissimulant quatre objets devant le malade.
- Test de mémoire de chiffres que l'on fait énumérés un à un.
- Test de mémoire volontaire de Schultz. Consiste à lire une série de 10 mots lentement et à donner ceux retenus. On porte sur un diagramme le nombre de mots justes en fonction du nombre de lectures.

5. ATTENTION

a) Lignes enchevêtrées à suivre du regard. Si échec, suivre du doigt.

b) Epreuve des "a" barrés.

6. LANGAGE

- expression :
  . langage spontané
  . répétition de syllabes, logatomes, mots, phrases.
  . épellation de mots.
- compréhension :
  . ordres simples
  . ordres semi-complexes
  . ordres complexes (3 papiers de Pierre Marie)
- dénomination d'objets :
  . sur présentation de ceux-ci.
- lecture : lettres, mots, phrases, textes suivis de narration.
- écriture :
  . spontanée
  . copie
  . dictée
- Calcul :
  . lecture de nombres
  . écriture de nombres
  . calcul écrit
  . calcul mental

7. PRAXIES

a) - Idéomotrices sur un ordre verbal (salut militaire, signe de croix)
   - sur imitation
   - bucco-linguo-faciales (gonfler les joues, siffler...)

b) - Constructives :
- dessins spontanés
- dessins copiés
- figure à copier avec des allumettes
- bonhomme, poupée } à assembler
- habillage

8. GNOSIES TACTILES

a) - stéréognosie : faire reconnaître au toucher différents objets.

b) - Somatognosie :

. autotopognosie (montrer le coude...) le clinicien fait sa demande oralement ou par geste
. discrimination gauche-droite.

9. GNOSIES VISUELLES

a) - Couleurs

b) - Objets : ce que c'est, à quoi cela sert.

c) - Physionomies : reconnaissance de personnes.

10. GNOSIES AUDITIVES

- Gnosies des bruits produits hors du champ visuel.

11. INFORMATION

a) - questions scolaires et préscolaires. Géographie, histoire, littérature, connaissances techniques.

b) - faits contemporains de la vie du malade.

c) - faits actuels.

d) - Biographie écrite par le malade.

On note le temps de passation des séances. Cet examen long à faire passer à des personnes âgées semble intéressant chez les sénescents qui souffrent de troubles discrets. Il permet une orientation provisoire.

LA PSYCHOMETRIE

I - LES METHODES D'APPRECIATION DE LA DETERIORATION MENTALE

Le psychométrie, née de travaux sur l'intelligence, s'est limitée à ce domaine pendant de nombreuses années. Actuellement elle concerne aussi l'affectivité, la personnalité, la pathologie.

Chez le vieillard la psychométrie est surtout intéressante pour mesurer le degré de détérioration, d'apprécier son évolution spontanée ou sous traitement. "Comme le dit Pichot, Kraeplin distinguait la démence qui est une perte pathologique permanente et irréversible des capacités intellectuelles, et la détérioration qui est une diminution physiologique progressive de l'intelligence. Ainsi le problème de la détérioration mentale est posé, ou plus exactement la notion de détérioration est envisagée, antérieurement à la pratique psychométrique et à sa définition en psychologie différentielle. Mais ce sont les psychologues qui lui ont donné un sens particulier dont la caractéristique est de fournir une évaluation de l'organisation psychique actuelle d'un sujet par rapport à son organisation antérieure. Il est bien évident que cette comparaison pose un problème par le fait que l'évaluation antérieure ne peut, dans la plupart des cas, qu'être présumée. Les auteurs se sont donc attachés à définir les techniques qui permettent de résoudre cette difficulté". Biolsi.

La mesure de l'efficience intellectuelle et de la détérioration mentale se fait en trois points :

- mesurer certaines capacités, le rendement de certaines fonctions.

- comparer l'efficience actuelle à l'efficience passée et en dégager un certain degré de détèrioration.
- à partir des aspects qualitatifs et quantitatifs aux tests : essayer de distinguer sénilité et sénescence. Perse écrit : "Le déclin normal et progressif de l'efficience intellectuelle en fonction de l'âge est nécessaire à connaître pour apprécier la part d'une éventuelle détérioration pathologique dans une détèrioration psychométrique constatée aux tests".

Détèrioration psychométrique =
Détèrioration physiologique + Détèrioration pathologique.

Pour cette appréciation il y a 3 méthodes : (Delay, Pichot, Perse).

- Méthode longitudinale
- Méthode indirecte
- Méthode de Babcock.

1. Méthode longitudinale

Elle consiste à comparer les résultats obtenus actuellement aux tests à ceux obtenus à une époque antérieure aux mêmes tests. Cette méthode, très séduisante se heurte très vite à des obstacles majeurs.

- Il est très rare que le sujet ait subi des tests antèrieurement.
- Il est difficile d'interpréter le résultat de la comparaison entre les deux estimations de l'efficience. Poitrenaud écrit : "Le résultat est en effet fonction de plusieurs facteurs en interaction qu'il est difficile de contrôler. Ce sont :
  a) les fluctuations aléatoires intra et inter individuelles de l'efficience.
  b) l'involution normale avec l'âge des fonctions intellectuelles.
  c) les facteurs d'apprentissage.
  d) l'âge chronologique du sujet examiné. Tous les facteurs précédents peuvent en effet varier en fonction de l'âge.

Il faudrait donc, pour un même test (ou un même groupe de tests), connaître dans chaque classe d'âge et pour différents intervalles de temps, la distribution de la différence entre les résultats des deux estimations de l'efficience. Cette condition implique de nombreuses études longitudinales sur des échantillons de sujets divers. Il n'en existe pas encore actuellement".

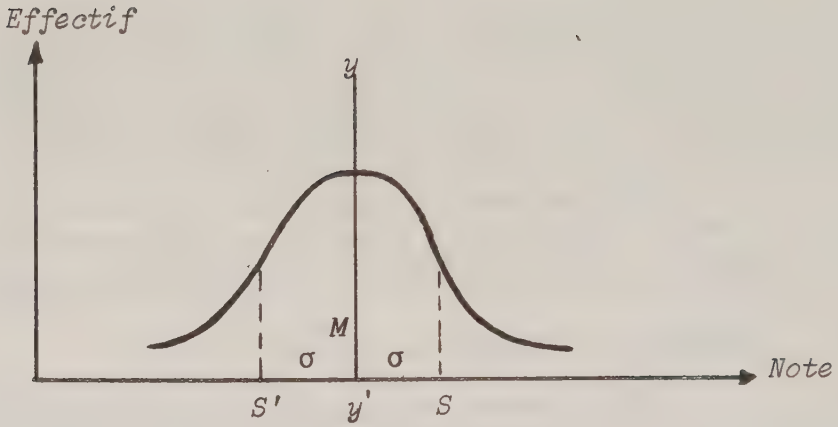
Cette méthode est donc peu utilisable mais reste intéressante pour suivre l'évolution d'un phénomène pathologique, tel que la démence.

2. *Méthode indirecte*

Elle consiste à comparer le niveau d'efficience actuel au niveau initial apprécié d'après le degré de réussite scolaire et socio-professionnelle. Plusieurs études ont montré que les tests d'efficience variaient dans le même sens que le niveau éducationnel. Les sujets sont classés ainsi :

- sait lire, écrire et compter
- certificat d'études primaires
- BEPC, brevet élémentaire
- brevet supérieur. Baccalauréat 1ère partie
- baccalauréat complet
- licence, doctorat, diplôme d'ingénieur.

En fonction du niveau, une note est attribuée que l'on va comparer à celle obtenue aux tests. La distribution des résultats aux tests d'efficience suit la loi de Laplace-Gauss, elle peut être représentée graphiquement par la courbe "en cloche" caractéristique de cette loi.



Cette courbe est déterminée par son axe de symétrie yy' et par son écart type représenté par SM et MS' sur la figure. La valeur de σ est variable suivant la dispersion des résultats par rapport à YY' ; cependant dans l'intervalle compris entre + σ et - σ on trouve toujours 68 % de l'effectif entre 2 et - 2σ = 95 % et entre + 3 et - 3σ = 99,8 %.

On peut donc calculer la probabilité qu'un seul sujet normal obtienne un certain résultat ou qu'il s'écarte d'une certaine distance de la moyenne. La probabilité, pour un sujet normal, d'obtenir une certaine note, décroît au fur et à mesure que celle-ci s'éloigne de la moyenne.

Lorsqu'on utilise une épreuve étalonnée par niveau socioculturel, on connaît pour chaque niveau la note moyenne et l'écart type. Il est possible de calculer la probabilité, à priori, que la note au test s'écarte d'une certaine valeur. Lorsqu'un sujet obtient une note inférieure à la moyenne, correspondant à une probabilité d'affection très faible, on admet que ce sujet présente une détérioration mentale. Le problème consiste à fixer à partir de quel écart de la moyenne le résultat est significatif. En général

la valeur limite est fixée de telle sorte que 5 % des sujets normaux obtiennent une note égale ou inférieure. Les 5 % de sujets représentent le risque d'erreur.

Pour les épreuves ne possédant pas d'étalonnage par niveau socioculturel on fixe empiriquement une valeur limite en fonction du niveau intellectuel. Cette méthode est grossière. Elle demande beaucoup de prudence dans l'interprétation. On ne peut admettre comme pathologiques que les notes franchement déviantes (Poitrenaud).

Nous voyons donc les limites de cette méthode indirecte d'évaluation de la détérioration mentale :

- peu d'épreuves étalonnées en fonction du niveau socioculturel.
- méthode peu discriminative :
  1. La note présumée attribuée au sujet est imprécise, située dans un intervalle d'autant plus grand que la dispersion des résultats du groupe culturel est grande.
  2. Elle donne sa réponse en terme de probabilité et non de certitude. L'erreur possible varie dans le même sens que la dispersion.

3. La méthode de Babcock (1930)

C'est la méthode la plus précise elle compare les résultats obtenus aux tests mesurant l'efficience antérieure, à ceux des tests mesurant l'efficience actuelle.

Elle repose sur la constatation expérimentale que certains tests paraissent stables dans le temps alors que d'autres voient leur résultats baisser en fonction de processus physiologiques ou pathologiques. D'où la distinction entre tests qui tiennent "qui détermineraient le niveau d'efficience antérieure" et "tests qui ne tiennent pas" qui mesureraient le niveau actuel.

Cependant "Wechsler a montré qu'il ne suffisait pas pour calculer la détérioration de séparer les tests selon qu'ils tiennent ou qu'ils ne tiennent pas, mais qu'il fallait prendre en considération le type d'aptitude qu'ils mesurent.

Dans l'échelle de Wechsler il y a onze subtests se groupant en tests verbaux et tests de perfomance. On a remarqué que les aptitudes auxquelles font appel les tests de performance décroissent plus vite que celles jouant dans les tests verbaux. On pourrait donc en opposant tests verbaux et tests de performance conclure que l'on apprécie les aptitudes qui tiennent et celles qui ne tiennent pas. La différence de leur mesure exprimerait un critère de détèrioration. Cette combinaison bien que donnant des différences significatives aboutit à de faux critères. En effet tous les sujets ayant une capacité verbale relativement bonne présenteraient en vieillissant une détèrioration plus importante, puisque la différence entre aptitudes verbales et de performance augmente avec l'âge. Inversement, les sujets relativement bons aux tests de performances présenteraient une détèrioration inférieure, car l'écart deviendrait de plus en plus faible. D'où la séparation en quantités semblables des tests de performances et verbaux, dans les tests qui tiennent et ceux qui ne tiennent pas.

Tests qui tiennent	*Tests qui ne tiennent pas*
- Information (V)	- Mémoire immédiate (V)
- Compréhension (V)	- Arithmétique (V)
- Assemblage d'objets (P)	- Codes (P)
- Complément d'images (P)	- Similitudes (V-
Vocabulaire (V)	- Cubes (P)
	Arrangement d'images (P)

La détèrioration s'exprime par le rapport :

$$\frac{\text{Tests tenant - Tests ne tenant pas}}{\text{Tests tenant}}$$

On élimine la part qui revient à la détèrioration physiologique, calculée en pourcentage de perte à partir de 25 ans et correspondant à l'âge du sujet. Il reste éventuellement un surplus qui est la détèrioration

pathologique. Il faut alors apprécier l'anormalité de cette détèrioration" (Biolsi).

La méthode de Babcock repose également sur une corrélation positive et significative entre les tests utilisés.

"On dit que les résultats des deux épreuves sont en corrélation lorsqu'il existe entre eux une liaison telle que si l'on connaît la note au premier test on peut déterminer (de façon plus ou moins précise selon l'étroitesse de la liaison) la note au second.

La corrélation est positive si les résultats des deux tests varient dans le même sens : dans ce cas, les sujets qui obtiennent les meilleures notes à la première épreuve obtiendront en moyenne les meilleures notes à la seconde, de même on observera une correspondance identique pour les notes moyennes et mauvaises. La corrélation est négative si les résultats des deux tests varient en sens inverses" Poitrenaud.

Perse précise l'interprétation des tests :

"Les deux tests ou groupes de tests employés dans l'échelle de Wechsler sont des tests d'intelligence, mais leur corrélation n'est évidemment jamais parfaite. Dans ces conditions, on peut déterminer pour une note donnée au test stable, la note la plus probable d'un sujet normal au test qui ne tient pas ; mais aussi la probabilité que la note de ce sujet normal s'écarte d'une certaine quantité de la valeur la plus normale.

Ce contrôle de la dispersion normale des résultats individuels conduit à une interprétation en termes de probabilité, et non pas en termes de mesure.

Autrement dit, un indice de détèrioration ne fournit pas une mesure de l'importance ou de la gravité de la détèrioration, mais il est en rapport avec le risque d'erreur que l'on peut assumer en concluant à l'existence d'une détèrioration".

En conclusion :

- plus l'indice augmente, plus la probabilité de détérioration est grande.
- l'indice n'est pas proportionnel à la détérioration. Ce n'est pas une mesure puisque l'on ne connaît pas exactement la position antérieure du sujet dans la distribution.

"Un indice de détérioration ne permet donc que de tester l'hypothèse de la normalité du sujet examiné" Poitrenaud.

De même, un résultat non significatif ne permet pas d'éliminer la possibilité de détérioration.

Biolsi écrit à propos de la signification de ce rapport :

- Pour Babcock, c'est un affaiblissement du fonctionnement mental quelles que soient ses causes (psychogènes ou physiogènes) et quel que soit son évolution (permanente ou temporaire).
- Pour Hunt et Coffer, c'est un déficit psychologique, c'est un concept opérationnel, signifiant seulement que, placé dans une situation définie, le sujet a une efficience inférieure à celle qu'il devrait avoir en comparaison de son efficience antérieure ou celle d'individus analogues.
- Pour Pichot, c'est un déficit de comportement quelle que soit son origine, intellectuelle ou affective et quel que soit son pronostic.
- Pour Perse, c'est un concept purement opérationnel, sans implication étiologique ni pronostique, n'ayant qu'une valeur descriptive.

En conclusion :

Il s'agirait donc d'un comportement à un moment donné dans une situation donnée :

Situation)
Stimulus) ——————→ Comportement
Tests)

II - LA DETERIORATION PATHOLOGIQUE ET LA RECHERCHE DES SIGNES D'ORGANICITE

a) Détérioration psychotique

En psychométrie, la détérioration pathologique est comparable à la détérioration physiologique, seule l'intensité varie.

Dans sa thèse, Pichot regroupe et analyse les résultats des travaux de différents auteurs sur le calcul de la détérioration mentale. Ces idées ont été reprises par Biolsi dans son travail sur la détérioration mentale.

. *Dans les démences :* (alcooliques, épileptiques, séniles, artériopathies, paralysie générale), il existe avec toutes les échelles, une détérioration psychométrique.

- Elle est sensiblement proportionnelle à la détérioration clinique (Brody).
- D'intensité variable suivant les affections. Babcock distingue l'ordre croissant suivant : alcoolisme, tumeurs, paralysie générale, artériosclérose, démence épileptique (dans ce cas, d'après Lennox, la détérioration augmente avec la durée de la maladie).
- Simmins et Collins ont contesté la détérioration des épileptiques chez qui le vocabulaire est défectueux dès le début de la maladie.

. *Dans la schizophrénie :*

Les tests qui tiennent sont souvent touchés et posent un problème de mesure.

Les résultats sont très variables suivant les malades et l'hospitalisation.

. *Dans la psychose maniaco-dépressive*

Pichot reconnaît une détérioration fréquente sensiblement égale en phase maniaque ou dépressive.

. *Dans les délires paranoïaques*

Il existe une détérioration fréquente (Pichot) malgré les apparences de clarté et l'ordre de l'esprit.

. *Dans les psychonévroses*

D'après Pichot la détérioration serait variable avec le type de névrose. L'hystérie n'en présenterait pas, puis, dans l'ordre croissant, on trouverait : les dépressions névrotiques, les névroses d'angoisse, la neurasthénie et les personnalités psychopathiques.

La détérioration resterait légère.

. *Dans les états dépressifs*

Rapaport donne l'ordre suivant : dépression névrotique, dépression d'involution, dépression psychotique.

. *Dans la débilité simple ou avec crises comitiales*

Il n'existe pas de détérioration.

b) *Détérioration organique*

En dehors des cas de psychoses la mesure de la détérioration mentale peut donner quelques indications dans les atteintes organiques. Dans ce domaine l'échelle de Wechsler reste très utilisée. On a pu mettre en évidence un pattern organique :

- score verbal supérieur au score performance.
- incapacité à faire le test des cubes.
- note basse au test des codes.
- faible note au test de mémoire immédiate (surtout répétition des chiffres à l'envers).

Malgré leur nombre important, les travaux faits sur les tests classiques d'intelligence n'apportent pas de

signification étiologique précise, seulement une présomption d'organicité. Pour obtenir des précisions étiologiques on a cherché à mettre au point des tests qui soient :

- particulièrement sensibles à la présence de lésion cérébrale.
- capables de mettre en évidence des effets spécifiques de ces lésions et permettre ainsi de distinguer : troubles mentaux organiques et fonctionnels.

Des auteurs comme Goldstein (1939), Cronholm (1960), Teuber (1958) ont mis en évidence que la présence de lésions cérébrales même légères, pouvait entraîner des troubles importants de la perception visuelle. Teuber a d'ailleurs montré que ces perturbations pouvaient s'observer quel que soit le siège de la lésion. Cette constatation qui n'exclut pas, bien entendu, que les altérations perceptives puissent varier (en intensité et en qualité) en fonction de la localisation, invite à utiliser des épreuves perceptives visuelles pour juger de l'intégrité cérébrale. Ces tests impliquent généralement soit la reconnaissance ou la sélection rapide de stimuli, soit la mémorisation immédiate de dessins ou de figures, soit l'organisation et la structuration d'un matériel complexe ou inorganisé (Poitrenaud).

Les plus utilisés sont le test de rétention visuelle de Benton et le test de Rorschach.

1. Le test de rétention visuelle de Benton

Il s'agit d'un test de mémoire immédiate, qui fait appel à la perception, à l'intégration et la reproduction d'un dessin. On présente au sujet des séries de planches sur lesquelles sont dessinées une ou plusieurs formes géométriques. Les formes C, D, E sont équivalentes, composées chacune de 10 planches. Chaque planche est montrée au sujet 10 secondes ; il doit ensuite la reproduire de mémoire.

Chaque performance est notée 1 ou 0. La note obtenue comparée à celle d'un test qui tient permet de calculer un indice de détèrioration.

Il existe des tableaux donnant le niveau intellectuel du sujet en tenant compte d'une part de l'âge du sujet et d'autre part du nombre de dessins corrects ou de la note d'erreurs. Malheureusement ils n'intéressent pas les malades de plus de 65 ans.

"Cette question a fait l'objet d'une étude de Vonkerekjarto qui a appliqué l'Administration A à 50 sujets normaux de 65 à 75 ans. Le nombre de dessins corrects moyen fut inférieur de 3 points à la note attendue pour un groupe comparable de sujets de moins de 45 ans et la note d'erreur moyenne fut supérieure de 7 points à la note attendue pour le groupe plus jeune. Une nouvelle application trois semaines plus tard, avec une forme parallèle, indiqua une forte stabilité du niveau de réussite. Les résultats suggèrent que, alors que le niveau de réussite décline linéairement en fonction de l'âge pour le nombre de dessins corrects, il décline brusquement pour la note d'erreur. Il semble qu'il y ait une plus forte incidence d'échecs absolus ou presque complets dans la reproduction de dessins spécifiques dans les résultats de sujets plus âgés que dans ceux des plus jeunes. On peut noter à cet égard que la même tendance semble se retrouver chez les malades atteints de lésions cérébrales quand ils sont comparés aux déficients mentaux (Benton et Spreen). Quand ces deux groupes furent rendus égaux par rapport à la note d'erreur les sujets atteints de lésions se révélèrent avoir un nombre de dessins corrects moyen plus élevé".

Quoi qu'il en soit le problème reste entier pour les patients de 75 ans et plus.

Il existe plusieurs façons d'échouer à une planche. Benton a établi une liste d'erreurs caractéristiques des sujets atteints de lésions cérébrales. Un sujet sain ne commet pratiquement jamais ces erreurs alors qu'un sujet dont l'encéphale est lésé les commet avec une grande fréquence. Une seule de ces erreurs est en principe pathognomonique d'organicité.

Il existe d'autres erreurs qui peuvent être commises par tous les sujets, elles sont sans signification.

D'après Benton les erreurs caractéristiques des sujets atteints de lésions cérébrales sont les suivantes :

- omission de la petite figure périphérique.
- duplication de la figure unique.
- déformation des rapports spatiaux entre les figures et les dimensions relatives des figures.
- fragmentation incohérente du dessin présenté.
- persévération de la reproduction d'un dessin antérieurement présenté.

Les représentations bizarres seraient plutôt le fait des schizophrènes. (Biolsi)

Il existe également pour le test de rétention visuelle de Benton des formes par choix multiples. On présente au malade une planche qu'il doit reconnaître ensuite parmi un ensemble de quatre planches. Ces formes présentent deux avantages : elles sont rapides et possibles chez les hémiplégiques et les grabataires. Malheureusement elles sont moins précises que celles par reproduction de dessins.

2. *Le test de Rorschach*

Il s'agit d'une épreuve composée de 10 planchez sur lesquelles sont reproduites des taches (noires ou polychromes) fortuites, sans signification que le sujet doit interpréter donc structurer.

De nombreuses études comparatives entre sujets "organiques" et sujet "non organiques" ont montré que le test de Rorschach pouvait faire apparaître des signes caractéristiques de malades souffrant de lésions cérébrales (Poitrenaud).

Le nombre de ces signes, on s'en doute est extrêmement important. Ils varient suivant les auteurs. Des échelles ont été établies qui fournissent un résultat numérique par addition des signes donnés. Au delà d'une note critique fixée, on conclut à la plus ou moins grande probabilité de lésion organique.

Il existe des tests inspirés du test de Rorschach, simplifiés, standardisés qui permettent une appréciation numérique plus rapide et plus simple.

D'après l'étude prolongée faite par Fisher et Gonda (1955) portant sur 118 malades (organiques et fonctionnels) il semblerait que le test de Rorschach aurait une valeur prédictive légèrement supérieure à celle de l'électroencéphalogramme et de l'examen neurologique, supérieure à celle de la ponction lombaire et nettement supérieure à celle de la radiographie du crâne et de l'encéphalographie gazeuse.

Nous citerons ici les remarques de Poitrenaud concernant les tests de Benton et de Rorschach.

"Les signes déficitaires mis en évidence par les tests d'organicité, sont généralement en rapport avec une atteinte du cortex et apparaissent surtout en cas de lésions chroniques et diffuses. Ils sont particulièrement nets et très souvent présents lorsqu'on observe cliniquement le psychosyndrome organique décrit par Bleuler dont le syndrome démentiel constitue le modèle. Mais ils peuvent également correspondre à des localisations non corticales ou être en rapport avec des atteintes plus légères ou débutantes et de caractère plus focal. Il n'est pas rare de les rencontrer alors que le malade apparaît cliniquement sub-normal et qu'il n'existe aucun aspect déficitaire dans les tests classiques d'efficience. Les tests d'organicité seront souvent les premiers à révéler les perturbations intellectuelles très discrètes n'entraînant que des modifications peu perceptibles de la personnalité. Cette supériorité des épreuves utilisant la perception visuelle sur les tests habituels d'intelligence a d'ailleurs été nettement confirmée par Teuber dans le travail déjà cité. Une des raisons de la sensibilité particulière de ces épreuves réside probablement dans le fait qu'elles sont plus indépendantes que les autres des facteurs culturels ; elles touchent certainement des aptitudes mentales primaires dont l'altération ne peut être compensée au moyen d'automatismes et de connaissances acquises.

La supériorité des tests d'organicité n'est cependant pas absolue, et certains déficits organiques peuvent parfois se traduire uniquement ou initialement dans les tests d'efficience. Ces différences d'expression psychométrique de l'atteinte organique s'expliquent probablement par divers facteurs parmi lesquels la localisation des lésions n'est vraisemblablement pas le moins important".

En résumé une altération organique cérébrale peut se traduire :

- soit dans les tests d'efficience classique où elle s'exprimera par un déficit quantitatif,
- soit, plus fréquemment ou plus précocément, dans les épreuves d'organicité où, plus que l'échec, c'est la manière d'échouer qui importe, puisqu'elle révèle l'étiologie.

c) *Détérioration thymique*

Nous avons vu qu'il existe une détérioration psychotique, une détérioration organique. Pour être complet il faut noter une détérioration thymique rencontrée particulièrement chez les schizophrènes et les névrotiques. Certains auteurs voudraient l'éliminer dans leur appréciation de la détérioration, mais "en voulant, comme le dit Pichot, supprimer la composante thymique dans le calcul de la détérioration psychométrique chez un schizophrène ou chez un malade porteur de lésions cérébrales, c'est vouloir étudier un comportement sans motivation, sans participation affective du sujet à la limite sans le sujet lui-même, dans un monde détemporalisé, c'est donner à la "mesure" une objectivité qu'elle ne peut atteindre quand il s'agit d'un être en situation" (Biolsi).

Dans le même sens BOurget écrit : "les signes d'organicité du psychologue ne sont pas des signes discrets d'une atteinte cérébrale mais des manifestations de l'attitude adoptée par le malade en fonction de cette gêne : l'aptitude à adopter une telle attitude est souvent signe non de déficit mais de conservation de possibilité d'adaptation".

"Ce qu'on observe est un comportement dans une situation donnée de temps, d'espace, d'environnement et de relations. C'est l'addition et l'intrication complexe des pulsions, des désirs, d'angoisses, d'échecs qui ne sont pas "à côté" de l'intelligence - et de son déficit - mais qui y participent et s'y mêlent : la détèrioration intéresse la globalité de la personne. Elle apparaît ainsi davantage comme une involution générale, une régression avec réorganisation à un certain niveau, mode d'adaptation de l'ensemble de la personnalité à la recherche d'un nouveau point d'équilibre" P. Noël.

III - LES TESTS SONT MAL ADAPTES AUX VIEILLARDS

Théoriquement toutes ces méthodes psychométriques sont très satisfaisantes pour l'esprit, malheureusement on s'aperçoit très vite qu'elles ne sont pas adaptées au cas particulier du vieillard.

1) Dès l'accueil de la personne à tester, se posent de délicats problèmes, surtout si celle-ci est âgée et vit en institution. A priori, elle se méfie du psychologue qui est souvent pour elle un inconnu. Les questions et les tests qui lui sont proposés sont étranges, elle n'en comprend ni la signification, ni le but et craint une violation de sa personnalité, de plus se sentant diminuée, elle craint d'être jugée. Souvent elle ne voit d'autre défense à cette agression que le refus. Si elle accepte l'examen psychométrique, elle s'exprime avec hostilité et réticence ; et le psychologue devient le support de projections multiples.

Il convient donc, avant tout, d'expliquer pourquoi on teste et en quoi consiste un examen psychométrique. Si la raison d'être de la rencontre n'est pas formulée une gêne en découle qui pertubera les réponses. Nous avons vu plus haut que la personne âgée, se sentant diminuée, redoute le dialogue avec cet étranger qui va la juger, il faut donc profiter de ces plaintes pour engager l'entretien.

2) Ces premières difficultés résolues il va en surgir une foule de nouvelles qui sont les témoins de la complexité et de l'importance du psychisme du vieillard.

Celui-ci manifeste peu d'intérêt pour les tests qu'il assimile à des jeux d'enfants ou à des tâches scolaires, donc à des tâches dévalorisantes.

De plus, comme le fait remarquer Jones on aime généralement faire ce que l'on est capable de bien réaliser. Le désarroi du vieillard devant ses propres productions stoppe vite son élan.

Il existe une interaction profonde entre motivation et efficience. Ceci est particulièrement sensible dans les épreuves de mémoration. La capacité d'intégrer, d'élaborer l'information dépend des motivations. Lors de l'examen l'intérêt susceptible de favoriser la fixation des données est limité. Toute la vie du vieillard se déroule sur un mode d'indifférence plus ou moins masquée et celle-ci n'est après tout qu'un aspect du déclin des capacités mnémoniques (Bourget). Pour intéresser le sujet au test il existe quelques artifices sans trop d'efficacité. Ils consistent par exemple à impliquer le sujet dans l'histoire qu'il aura à répéter.

Les personnes âgées dépendent des situations, de l'intérêt ou du désintérêt qu'on leur porte. Leur comportement et leurs facultés mentales peuvent varier en quelques jours en fonction de leur environnement psychologique. Eux-mêmes admettent spontanément que leur "courage" dépend des visites qu'ils reçoivent.

Bourget écrit à propos de la complexité du psychisme du vieillard : "les potentialités intellectuelles, l'acquis culturel, l'environnement social, l'équilibre affectif sont en interrelation constante, de sorte qu'il est extrêmement difficile d'isoler, dans la réponse à une épreuve clinique ce qui est imputable à l'un ou l'autre aspect".

3) Le déclin physique des vieux gêne, lui-aussi, la réalisation des épreuves. Leur temps de passation est souvent trop long, accru par la lenteur de réponse du sujet due à une baisse de la motilité et de la vivacité d'esprit. Celui-ci se fatigue vite, son attention se relâche. Les résultats obtenus sont inférieurs à ceux que l'on pourrait avoir dans de bonnes conditions. C'est le cas en particulier pour l'épreuve de Wechsler Bellevue, qui comporte des tests d'informations, de compréhension, d'arithmétique, de similitudes, de vocabulaire, de mémoire immédiate des chiffres, de complètement d'images, de classement d'images, des tests de cubes, d'assemblage d'objets, de codes et des labyrinthes.

4) La baisse des capacités sensorielles et motrices représente une difficulté dans la validité des tests. "Dans l'action consciente la plus banale il semble bien que tout l'être soit engagé et que la perception, l'idéation, la volonté, ont à intervenir aussi bien que la rapidité, la précision, la force qui sont conditionnées en elles-mêmes par l'état du squelette, des muscles, du système nerveux périphérique, le fonctionnement de ces organes, dépendant finalement en partie des conditions biochimiques auxquelles, sans doute, l'équilibre psychique est lui-même soumis. C'est dire à quel point il peut paraître inexact et insuffisant de vouloir étudier à part l'influence de l'âge sur le degré d'intelligence des individus, l'intérêt que portent les vieillards au monde extérieur, leur rendement industriel, leur habileté manuelle, leur aptitude à l'étude". (GRAILLY).

La diminution de la vitesse, de la mobilité, de la sensibilité tactile, interviennent très sensiblement dans les tests.

Un déficit moteur empêche la réalisation de certaines épreuves comme celle de code de l'épreuve de Wechsler-Bellevue. Il faudrait augmenter les dimensions du matériel notamment dans les épreuves d'assemblage.

Presque tous les vieillards ont une baisse de l'acuité auditive et visuelle parfois extrêmement importante ; il leur est impossible de passer de façon satisfaisante les tests faisant appel à ces deux sens. C'est le cas

pour le test de Wechsler-Bellevue, les épreuves d'arrangement d'images, de complètement d'images chez les sujets qui y voient mal. Il serait simple d'augmenter considérablement la taille des images.

Pour les planches du Columbia, test qui consiste à interpréter des physionomies, les images sont assez grosses mais certaines sont difficiles à identifier, les différences entre les détails des visages sont trop fines et difficiles à voir.

5) Le vieillard éprouve des difficultés à s'exprimer. Dans les épreuves de vocabulaire cet écueil se rencontre fréquemment. Le sens du mot est connu mais il y a impossibilité de donner une définition, de l'évoquer pour lui-même. Il peut-être suggéré par un commentaire permettant de le faire saisir indirectement à la personne qui attend des explications, ou bien il transparaît par l'emploi du mot dans une phrase (Luksenberg).

En effet, les vieillards manifestent certains aspects de ce que Goldstein appelle "l'attitude concrète". "Impossibilité de se détacher du milieu extérieur (en l'occurrence de la forme concrète des mots)" ou de ses expériences intérieures "(égocentrisme), incapacité de "rendre compte de ses actes" particulièrement d'exprimer la raison de l'emploi de tel ou tel mot, perte de la capacité de "saisir l'essentiel d'un ensemble donné, à savoir l'ensemble des différents emplois d'un mot, et d'en réaliser la synthèse" (Bourget).

6) Certaines épreuves sont trop difficiles, trop complexes pour des sujets dont le niveau intellectuel est naturellement bas ou détèrioré (ex : test de vocabulaire de Binois-Pichot, épreuve de similitude, épreuve d'arrangement d'images.

Les test devraient être simplifiés sans toutefois devenir dévalorisants.

7) La plupart des batteries de détèrioration ne possèdent pas d'étalonnage satisfaisant par âges chronologiques. Elles ont été conçues pour l'enfant ou l'adulte jeune. L'interprétation objective est impossible chez le vieillard par manque de référence, et par le recours à l'extrapolation à partir des valeurs de l'adulte. Pour cela on admet que le déclin intellectuel se fait de façon linéaire, que les corrélations intertests et la dispersion des indices de détèrioration sont stables avec l'âge et qu'il est légitime d'employer des tests identiques pour l'examen de sujets d'âge chronologique différent (Poitrenaud).

Or il semble que les capacités intellectuelles baissent de façon linéaire de 25 à 60 ans, ensuite il y aurait une chute. La détèrioration serait donc au delà du chiffre trouvé théoriquement (Bourget).

Pour De Grailly et Destrem la rapidité des opérations mentales et l'aptitude au calcul décroîtrait avec l'âge suivant une courbe parabolique.

8) La validité des tests de l'adulte chez le vieillard est douteuse.

.. Les tests de vocabulaire semblent relativement stables probablement parce qu'ils font largement appel à l'expérience et aux connaissances anciennement acquises. D'après Foulds, cette stabilité traduirait outre un simple maintien du "stock" verbal, un équilibre permanent entre la somme des mots nouvellement appris et la somme des mots oubliés.

D'après Luksenberg, les tests de vocabulaire, qui servent de référence car "tests qui tiennent", seraient également touchés. "C'est avec beaucoup de réserve qu'il faut interpréter chez le vieillard au psychisme affaibli les résultats d'un test de vocabulaire. Ceux-ci ne représentant pas toujours comme on le pensait le véritable niveau intellectuel atteint par le sujet à la fin de son adolescence. Comme ses autres fonctions intellectuelles sa sémantique est également touchée. Elle ne l'est pas seulement par diminution du stock verbal. Elle l'est encore plus par régression au stade des significations purement formelles, "non instrumentales et donc inadéquates".

Delay, Pichot et Perse ont montré que le vocabulaire pouvait être spécifiquement altéré chez les sujets souffrant d'atteinte vasculaire cérébrale même lorsqu'ils ne présentent pas d'aphasie. Ce fait constitue une limitation certaine à la méthode de Babcock chez le sujet âgé, étant donné que la fréquence des troubles artériopathiques cérébraux augmente très probablement avec l'âge (Poitrenaud).

.. Quant aux épreuves "qui ne tiennent pas" Bourget les trouve discutables car elles font parfois appel à des automatismes plus qu'à la capacité de réflexion.

Une restriction est à apporter également aux épreuves de mémoire : ce ne sont pas tous les souvenirs les plus anciens qui sont nécessairement conservés, mais ceux qui ont la plus grande utilité dans l'économie de la personne.

.. La valeur du Rorschach dans le domaine de l'organicité s'amenuise probablement avec l'âge, mais cette épreuve permet encore une bonne distinction entre le normal et le pathologique chez les personnes âgées.

Plus l'âge augmente plus il est difficile de distinguer par les tests le physiologique du pathologique. Les sujets âgés présentent normalement des altérations qualitativement impossibles à différencier de celles qu'on observe chez les individus atteints de démence grave.

.. Dans le test de Benton, bien qu'elle soit toujours significative la différence entre sujets organiques et normaux paraît s'amenuiser nettement avec l'âge. Celà est dû au fait, que, chez les sujets normaux, le pourcentage de sujets présentant une erreur "organique" (ou plus) augmente très sensiblement avec les années. Jusque vers 70 ans, on peut admettre que la présence d'une seule erreur "organique" garde à peu près la même signification que chez l'adulte. Au delà il ne semble pas que l'on puisse la considérer sans réserve comme un indice en faveur d'un processus pathologique de détérioration organique. Il faut néanmoins remarquer qu'il n'est pas impossible que la présence, dans le protocole d'un sujet

cliniquement normal d'une erreur "organique" soit, chez ce dernier, un signe d'un affaiblissement intellectuel ultérieur. D'un point de vue pratique on peut admettre que, même chez les sujets les plus âgés, l'apparition de deux erreurs "organiques" (ou plus) reste un signe pathologique.

Il apparaît donc finalement que tout comme celui du test de Rorschach, le pouvoir sélectif du test de rétention visuelle de Benton s'amenuise avec l'âge mais que cette épreuve peut néanmoins apporter une contribution intéressante au diagnostic d'un affaiblissement intellectuel chez un vieillard (Poitrenaud).

9) La dispersion des résultats augmente avec l'âge.

.. Dans les études transversales "quelle que soit la technique utilisée et la fonction étudiée, la dispersion des résultats est plus grande chez le sujet âgé que chez l'adulte. Il est évidemment du plus grand intérêt d'approfondir les raisons de cette dispersion, d'analyser les corrélations entre les phénomènes qui peuvent les expliquer ; il y a probablement plusieurs façons de vieillir biologiquement et les études théoriques montrent surtout la diversité des mécanismes entre lesquels il n'est pas actuellement possible de faire une synthèse indiscutée" (Berthaud).

.. Raven et Vernon ont constaté que le déclin lié à l'âge est d'autant plus important que le niveau intellectuel (ou socio culturel) est plus bas.

Mais l'estimation du niveau intellectuel antérieur par les tests de vocabulaire est faussée car les "manuels" ont un vocabulaire qui a dû rester en deça des possibilités de connaissance en ce domaine. Ceci concerne surtout les hommes car les femmes entretiennent davantage de contacts sociaux.

.. La baisse des performances est limitée si le sujet s'applique à garder le même intérêt intellectuel jusqu'au terme de sa vie et à pratiquer des exercices physiques ; certaines professions ou certains modes de vie peuvent ainsi freiner le déclin intellectuel.

Bourlière et Poitrenaud ont montré que les performances d'individus "prédisposés" par une hérédité vasculaire cérébrale baissaient plus vite avec l'âge que celle des témoins.

"Le temps n'imprime pas sa marque de façon uniforme sur tous les individus et l'on observe généralement d'importantes différences inter-individuelles en ce qui concerne la vitesse du déclin des aptitudes. Ce phénomène de vieillissement différentiel va donc probablement se traduire par une augmentation avec l'âge de la dispersion des notes aux tests d'efficience. Si cette augmentation est trop importante, la distinction chez les sujets âgés, du normal et du pathologique, pourra devenir assez illusoire ; et il ne sera peut-être pas indiqué d'utiliser des épreuves identiques pour l'examen de sujets d'âges chronologiques différents. D'un point de vue pratique, il faudrait alors sélectionner parmi les tests qui "ne tiennent pas" ceux dont la dispersion se modifie le moins avec les années" (Poitrenaud).

IV - LIMITES DE LA PSYCHOMETRIE

La psychométrie donne des résultats numériques mais la personnalité humaine est plus complexe, tout n'est pas mesurable, du moins dans l'état actuel de nos connaissances.

Nous savons que la perte des capacités dans un domaine n'entraîne pas toujours une perte comparable dans un autre domaine.

- "Les résultats des tests d'intelligence chez le vieillard dépendent largement de l'instruction et de l'information acquise antérieurement.
- La personnalité concrète et la valeur sociale du sujet, si elles sont limitées par une détérioration de ses capacités brutes, ne se confondent pas avec une détérioration mesurée par des méthodes psychométriques.

. Les méthodes psychométriques ne mettent pas en évidence les défenses forgées contre la déchéance prématurée (substitution, compensation, réticence à retenir les choses inutiles etc...).

. Les facteurs d'expérience et de jugement, qui peuvent compenser certains déclins intellectuels ne sont pas mesurés par la majorité des tests.

Les tests intellectuels ne mesurent pas le potentiel intellectuel mais l'efficience intellectuelle" Bourget.

"Le processus d'involution mis en évidence par les tests ne correspond qu'imparfaitement à ce que l'on observe dans la vie quotidienne. Dans le domaine professionnel par exemple, les sujets âgés n'apparaissent pas toujours inférieurs aux plus jeunes et, le plus souvent, le niveau maximum d'efficience n'est atteint que bien après vingt cinq ans. Cette constatation n'infirme nullement les résultats psychométriques précédents, mais souligne simplement que la réussite professionnelle n'est pas seulement conditionnée par les aptitudes que mesurent les tests. Elle dépend aussi largement de l'expérience et celle-ci continue à augmenter bien après que les capacités intellectuelles aient commencé à décliner. Pendant longtemps les connaissances acquises vont largement pallier la perte d'aptitude, et ce n'est que lorsque le déficit intellectuel ne pourra plus être compensé par l'expérience qu'apparaîtront les premiers signes cliniques de sénescence. Les épreuves psychométriques ont généralement été conçues pour appréhender les potentialités intellectuelles indépendamment des connaissances spécialisées et des influences culturelles. Il n'est donc pas étonnant qu'elles révèlent plus précocement le déficit intellectuel lié à l'âge" (Poitrenaud).

Weschler écrit à ce sujet : qu'il y a souvent confusion entre capacité mentale et capacité pratique ; c'est dire la difficulté de faire une distinction entre les dons intellectuels et le succès tiré de leur emploi.

Or ce dernier dépend dans une large mesure de l'expérience. Ce que l'on a perdu par une diminution des aptitudes innées peut souvent être remplacé par la connaissance acquise .

En résumé nous pouvons dire que la psychométrie est actuellement, difficile à appliquer aux personnes âgées par manque de tests adaptés et absence d'étalonnage pour ces tranches d'âges. Elle en est à ses premières tentatives et chacun utilise au mieux le matériel à sa disposition.

Dans le service du Professeur CUNY, à Nancy, on utilise pour les bilans systématiques la "batterie de détérioration (test de Binois-Pichot et le test de Benton). tandis que pour les bilans diagnostics l'étude des fonctions instrumentales est couramment pratiquée.

VIEILLISSEMENT NORMAL

I - DEFINITION

Le vieillissement a été défini comme la diminution progressive avec l'âge des aptitudes et des fonctions.

On note d'une part l'involution des tissus à échanges métaboliques élevés, d'autre part des altérations dégénératives des tissus à vie ralentie (Müller). A cela viennent s'ajouter les agressions de toutes natures (toxiques, infectieuses, traumatiques, mentales) inévitables dans une vie humaine.

II - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE

Au cours du vieillissement les différents organes subissent une baisse pondérale qui les touche très irrégulièrement. Elle est, entre 25 et 85 ans, de 50 % pour la rate, d'un tiers pour les reins et les biceps. L'involution pondérale du cerveau est beaucoup plus discrète. Le poids cérébral est maximum entre 20 et 29 ans = 1389 ± 109,5 g

pour le sexe masculin ; entre 50 et 59 ans = il n'est plus que de 1 337,5 ± 93 g ; entre 60 et 69 ans = 1 306,4 ± 112,5 g ; entre 80 et 89 ans = 1 170,9 ± 8 g (P. Berthaux).

Pour la femme entre 20 et 25 ans = 1 260 g, à 50 ans = 1 250 g, à 85 ans = 1 060 g (Müller).

Parallèlement le volume de l'encéphale diminue. A 25 ans le rapport

$$\left.\frac{\text{volume de l'encéphale}}{\text{volume de la boîte cranienne}}\right\} \text{ est de 92 à 97 \%}$$

Il descend à 85 % dans le grand âge. C'est l'hydrocéphalie "ex vacuo" sénile. L'atrophie semble toucher surtout les lobes frontaux et occipitaux pour De Grailly et Destrem, les lobes frontaux et les régions temporales antérieures et supérieures pour Müller. La matière blanche voit son épaisseur plus diminuée que la matière grise.

Les espaces péricérébraux et les ventricules latéraux augmentent de volume. La quantité du liquide céphalorachidien s'accroît. On n'observe aucune corrélation entre l'atrophie cérébrale et l'affaiblissement ou la détérioration mentale.

ASPECT MICROSCOPIQUE

Au microscope l'observation du système nerveux central montre :

- Une diminution du nombre des neurones, irréversible puisque ces cellules ne peuvent ni se régénérer, ni se multiplier, surtout manifeste pour les cellules de Purkinje dont la disposition rend le comptage relativement facile.
- Une augmentation de la névroglie, particulièrement des astrocytes, qui donne l'impression de l'accroissement du nombre des fibrilles gliales dans ces régions. Cet élément pourrait expliquer l'augmentation de la consistance du cerveau chez les personnes âgées.

. La présence de plaques séniles : infiltrations annulaires ou stellaires de fibres et de cellules gliales altérées avec en plus des substances amyloïdes (De Grailly-Destrem).

Elles seraient caractéristiques et à peu près spécifiques du vieillard.

. Dépôts de matières diverses : corps amylacés, fer. L'accumulation des grains de lipofuchsine dans le cytoplasme périnucléaire des cellules nerveuses suscite des interprétations multiples. Leur origine est actuellement mal connue. Ils peuvent occuper jusqu'à 10 % du cytoplasme neuronal. Ce pigment apparaît comme la seule constante formelle en fonction de l'âge sans que sa signification fonctionnelle soit clairement définie, ce serait plutôt un témoin de la sénescence que de la sénilité (Berthaud).

. Des altérations vasculaires

- involutionnelles : infiltration hyaline, épaississement de la média et de l'intima, fissuration de la lame élastique interne.
- artérioscléreuses : infiltration scléreuse du parenchyme, foyers lacunaires. Elles ne diffèrent en rien de celles constatées à d'autres périodes de la vie.

III - ASPECTS PHYSIOPATHOLOGIQUES ET FONCTIONNELS

Dans la vieillesse, étant donné l'atrophie que subissent la plupart des organes, le domaine d'adaptation des fonctions se trouve plus compromis que le pouvoir fonctionnel lui-même. La caractéristique fonctionnelle la plus remarquable de la sénescence est représentée précisément par le manque d'énergie de réserve. La marge d'adaptation de chaque fonction est limitée (Viale).

.. Dans les cellules vieillissantes on note une baisse du rapport nucléo-plasmatique, la disparition des nucléoles et des altérations des mitochondries, une diminution du

nombre des granules oxydants (Bastai et Dogliotti). Ce qui expliquerait un amoindrissement des capacités d'adaptation cellulaire.

.. Les recherches de Nitikin (1959) ont montré que le renouvellement des protéïnes tissulaires diminue considérablement avec l'âge. En même temps la teneur en ADN libres et liés dans les noyaux cellulaires, et en ARN dans le protoplasme cellulaire baisse. L'appauvrissement en acides nucléiques serait-il la cause du vieillissement ? Les acides nucléiques sont considérés comme les responsables de la reproduction de l'espèce et aussi du maintien en vie de l'individu (Bourget).

.. Un apsect physiologique plus facilement abordable est celui des modifications du débit sanguin cérébral. Chez l'enfant le débit cérébral est élevé, supérieur à 100 cm^3/100 g/mn à partir de 15 à 20 ans, la valeur du débit avoisine 50 à 55 cm^3/100 g/mn ; les variations sont faibles jusqu'à 50 ou 60 ans (d'après les travaux de Géraud, Bes et Coll.), on observe ensuite une diminution du débit. Néanmoins, cette diminution ne paraît pas obligatoire et Bernsmeier constate que chez les sujets de 70 ans les chiffres obtenus vont de 21 à 70 cm^3/100 g/mn. Une telle dispersion de résultats évoque l'intervention de facteurs pathologiques.

.. Chez les sujets âgés la résistance vasculaire s'élève. Suivant les auteurs elle se situe entre 1,5 et 2,02 chez l'adulte jeune et aux alentours de 3,18 chez le vieillard.

.. La consommation d'oxygène dans le tissu cérébral diminue lors de la sénescence, mais là encore on observe une dispersion importante des résultats. Chez l'enfant elle est élevée : 5 cm^3/100 g/mn pour Kennedy ; chez l'adulte elle se situe aux alentours de 3,7 cm^3/100 g/mn pour Kennedy et dans le travail de Géraud et Bes aux alentours de 3,34 cm^3/100 g/mn.

. La différence artérioveineuse cérébrale en oxygène est de 6 à 7 volumes % chez le sujet normal. Géraud et Bes ont constaté chez leurs vasculaires cérébraux, un premier stade où cette différence artérioveineuse s'accroît alors que le débit cérébral diminue, et une deuxième phase où la diminution du débit s'accroît alors que la différence artérioveineuse en oxygène ne peut plus augmenter. Celle-ci peut même diminuer à ce stade ; il en résulte alors une réduction considérable de la consommation d'oxygène par le tissu cérébral (Jean DRY).

. Normalement, le débit sanguin cérébral augmente en hypercapnie. L'inhalation contenant 5 à 7 % de CO_2 peut entraîner une augmentation du débit de 100 %. Chez le sujet âgé et artérioscléreux, la réponse au CO_2 est diminuée. Giraud et Bes interprètent ce fait comme un témoin de l'existence d'une vasodilatation déjà maximale. De même on n'observe pas de modification de la différence artérioveineuse en oxygène sous hyperpnée (Jean DRY).

.. Les mesures du potassium total ont confirmé une réduction de la "masse protoplasmique". Cette décroissance se fait de façon linéaire à partir de 25 ans. Elle confirme la réduction du nombre des cellules que suggèrent l'involution du poids des organes et la part croissante qu'a, dans ceux-ci, le tissu conjonctif. Elle diminue parallèlement à la réduction de la consommation d'oxygène par l'organisme. Ainsi, on aboutit à la notion probablement fondamentale de l'importance du vieillissement quantitatif, c'est-à-dire d'une réduction du nombre des cellules alors que chacune conserve une activité métabolique identique à celle des tissus jeunes (P. Berthaud).

IV - ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

. L'EEG d'un sujet âgé normal présente un rythme plus lent que chez l'adulte. Friedlañder a publié le tableau suivant :

Pourcentage des tracés avec l'alpha d'une certaine fréquence.

Age	*Fréquence de l'alpha*				
	8	*9*	*10*	*11*	*12*
20 - 39 ans	3,71 %	29,23 %	48,72 %	14,38 %	3,93 %
40 - 59 ans	12,00 %	35,69 %	38,46 %	9,85 %	4,00 %
60 - 89 ans	25,86 %	46,55 %	20,69 %	5,20 %	1,72 %

D'autre part Müller note :

. D'après les travaux de Silverman, Busse, et Barnes, qu'à partir de 60 - 65 ans, l'accroissement en pour cent des tracés abnormes dans tous les groupes de population, ainsi que la proportion élevée des tracés abnormes chez les personnes apparemment saines, menant une vie normale dans la communauté et n'ayant pas de troubles neuropsychiques majeurs est important.

. Que la majorité des tracés abnormes chez les gens vivant dans la communauté sont de type focal, tandis qu'ils sont de type diffus ou mixte chez des gens hospitalisés.

. Qu'il est surprenant de constater qu'on trouve plus souvent des EEG abnormes chez des personnes apparemment

normales, vivant encore dans la communauté, que chez les psychotiques non organiques âgés et hospitalisés.

- Que, conformément à ce qu'on pouvait attendre, le groupe où l'on trouve la plus grande porportion de tracés abnormes (autour de 80 %) est celui des malades présentant des syndromes cérébraux psychoorganiques chroniques et étant hospitalisés pour ces syndromes. Les troubles de l'EEG sont quasi exclusivement diffus ou mixtes dans ce groupe.
- Que, s'il n'est pas possible, dans le groupe vivant dans la communauté de faire un parallèle entre les troubles EEG et une diminution des performances aux tests d'intelligence, on peut, par contre, établir une certaine corrélation chez les malades hospitalisés pour des troubles psychoorganiques.
- Qu'on n'a pas encore pu arriver à une conclusion précise en ce qui concerne l'origine du ralentissement progressif de l'EEG chez les sujets âgés et l'accroissement important et progressif de la proportion des tracés abnormes observés chez les personnes âgées, quelles soient hospitalisées ou non.

V - MODIFICATIONS NORMALES DANS LE TROISIEME AGE

Les changements dus à l'âge débutent dès la vingtième année mais nous avons vu plus haut que c'est aux alentours de 65 ans qu'ils commencent à se manifester réellement.

De nombreux auteurs s'accordent sur l'hypothèse que le psychisme subit certaines modifications avec le grand âge, variables suivant les individus mais relativement indépendantes de tout processus morbide. Ces modifications sont généralement considérées comme négatives : affaiblissement de l'intérêt, perte de l'activité, lenteur du raisonnement, perte de la mémoire etc... Les modifications intellectuelles sont généralement séparées des changements caractériels et affectif pour plus de facilité dans leur étude. Cette distinction est, bien entendu, arbitraire et

artificielle car les différentes composantes de la personnalité sont étroitement liées et en interaction.

. *MODIFICATIONS SENSORIMOTRICES*

La baisse de la sensorimotricité est un des aspects les plus apparentsdu vieillissement. Il se produit une faiblesse simultanée de différents récepteurs sensoriels sans compensation possible, ce qui aboutit au rétrécissement du champ perceptif, caractéristique du vieillissement.

Dans les travaux modérés la force et l'endurance diminuent moins vite que la souplesse, la vitesse et la coordination des mouvements.

Le tonus baisse également, ce serait une des causes de la lenteur de l'activité et de l'exagération des manifestations émotives mal contrôlées.

Pour certains auteurs le vieillard s'attacherait moins à la rapidité qu'à la précision dans l'exécution d'une tâche, mais vraisemblablement cette lenteur est aussi un aspect du déclin des capacités intellectuelles (Birren et Coll.).

. *MODIFICATIONS INTELLECTUELLES*

Wechsler constate "une perte du fonctionnement intellectuel par rapport à un niveau antérieur".

D'après un rapport de l'OMS les formes légères de déficit intellectuel chez les personnes âgées sont extrêmement répandues. On ne sait pas au juste si ces états représentent les premiers stades d'une détérioration progressive menant à une démence sénile ou artérioscléreuse caractérisée ou s'il s'agit d'un état plus bénin peut-être stationnaire, témoin d'un vieillissement normal. Comme nous l'avons vu à propos de la psychométrie il ne s'agit pas là uniquement d'un processus organique quantifiable et irréversible mais d'un comportement dans une situation donnée de temps, d'espace, d'environnement et de relations. C'est

l'addition et l'intrication complexes, des pulsions, des désirs, d'angoisse, d'échecs qui ne sont pas à côté" de l'intelligence - et de son déficit - mais qui y participent et s'y mêlent.

"La détèrioration intéresse la globalité de la personne. Elle apparaît ainsi davantage comme une involution générale, une régression avec réorganisation à un certain niveau, mode d'adaptation de l'ensemble de la personne à la recherche d'un nouveau point d'équilibre" P. Noël.

La lenteur du vieillard que nous avons notée au point de vue physique se retrouve dans le domaine intellectuel ; avec diminution de la vivacité d'esprit, lenteur de la compréhension et ralentissement de l'idéation.

Il faut y ajouter une fatigabilité accrue à l'effort, une difficulté à fixer l'attention au delà d'un certain temps, une politique du moindre effort avec tendance à systématiser les idées, à chosifier les mots à éliminer les nuances. Plus évidente encore est l'atteinte de la mémoire de fixation. Elle varie suivant le niveau intellectuel antérieur et l'exercice de la pensée, mais en règle générale, même chez les sujets normaux, des "trous" se manifestent dès 60 ans. Cet affaiblissement de la capacité d'appréhension, c'est-à-dire dans la mémoire immédiate, est bien mis en évidence par les épreuves de répétition de chiffres en sens inverse ; on utilise également de courts récits que le sujet doit répéter après un intervalle de temps variable.

Par contraste la mémoire des faits anciens reste généralement excellente. La personne âgée demeure capable de donner une foule de détails exacts sur son passé. Les tests de vocabulaire mesurent cette capacité de rappel.

Le déficit mnémonique est en relation avec l'indifférence du vieillard à l'écoulement du temps et à tout ce qui ne le concerne pas directement. Le test faisant appel à la répétition d'une histoire ne l'intéresse pas personnellement "elle exige de lui qu'il se mette dans la situation d'un autre et c'est celà qui est difficile".

"Ce ne sont pas les souvenirs les plus anciens qui sont nécessairement conservés mais ceux qui ont la plus grande utilisé dans l'économie de la personne".

La répétition de l'histoire après un certain temps et souvent après un autre test, met en évidence un autre trouble : l'inhibition "rétroactive" voire "proactive" citée par Piéron. Il est difficile au vieillard de maintenir dans son esprit plusieurs choses à la fois ; généralement il retient plutôt ce qui a été perçu en dernier lieu et le reste est effacé de sa mémoire. Cependant il est arrivé que certains réussissent à se souvenir d'une partie de l'histoire, alors qu'ils avaient oublié un élément du test interposé entre la lecture de l'histoire et sa répétition. Donc dans ce cas il s'agit d'une légère inhibition "proactive" et il est curieux de constater que ce sont toujours des personnes notées dépressives qui présentent cette particularité. On peut peut-être voir là une manifestation de la lenteur et du scrupule des dépressifs.

Par ailleurs, la difficulté de "maintenir" simultanément à l'esprit plusieurs aspects différents d'une même situation" est une caractéristique de la "pensée concrète" comme l'a souligné Goldstein (Bourget).

On comprend aisément que l'apprentissage devienne lent, laborieux, quasi impossible, que la finesse du jugement aille en s'amenuisant, qu'il devienne peu à peu impossible de résoudre des problèmes complexes. Dans un premier temps on assiste à la perte de la capacité de forger de nouveaux concepts ; dans un deuxième temps à l'atteinte des mécanismes anciens.

Cependant, comme le font remarquer Von Bracken et Müller, si beaucoup de vieillards souffrent de ce que la limpidité de la pensée s'atténue, on note par ailleurs très souvent une meilleure capacité de synthèse et un plus grand souci de précision.

. *MODIFICATIONS CARACTERIELLES ET AFFECTIVES*

Elles ont été beaucoup moins étudiées que les modifications intellectuelles car la variabilité inter-individuelle est plus importante que celle due à l'âge. Par ailleurs les facteurs actuels tiennent une place primordiale dans la vie psychologique du vieillard, "organisme aux prises avec son environnement".

On relève cependant un certain nombre de tendances et de phénomènes psychologiques qui se manifestent avec une grande fréquence dans la vieillesse. Certains traits de caractère s'estompent alors que d'autres s'accusent. "Ce qui frappe chez le vieillard, ce sont ses traits de caractère fondamentaux qui ressortent plus ostensiblement et qui ne peuvent plus être intégrés harmonieusement dans un ensemble. Ce vieillard, qui jadis était prudent, devient avec l'âge, avare, méfiant, le type extraverti, joyeux, devient bavard, le craintif devient hypocondriaque". (Müller)

Les traits dominants de la personnalité masculine s'estompent alors que les transformations sont à peine marquées chez la femme.

Le comportement du vieillard est porté vers les attitudes extrêmes pour tout ce qui touche à se propre personne : appréciation sans nuances de sa santé, de son moral, etc... Bourget a montré par exemple dans sa thèse que les vieillards trouvaient généralement leur santé soit très bonne, soit mauvaise sans opinion intermédiaire.

Les affections et les antipathies s'accusent ainsi que l'exigence d'affection et la jalousie, tandis que la faculté de compassion et de sympathie diminue. L'émotivité baisse malgré de trompeuses apparences de sensiblerie dues au contrôle insuffisant des émotions et à une grande perméabilité affective.

Tout ceci se traduit souvent par de l'apathie et de l'égocentrisme ou par de la violence et de l'irritabilité.

Les fonctions d'affirmation, comme l'instinct de conservation, s'affaiblissent ; le vieillard perd le goût de la lutte pour la vie (Dublineau).

Il se replie sur lui-même plutôt que d'affronter le monde. "Son intérêt pour l'entourage diminue, l'homme âgé n'a plus la force de se tourner vers des choses nouvelles et se limite à sa vie intérieure. Ces changements ont été qualifiés par Schindler de regroupements économiques des forces. Sur un autre plan nous pouvons évidemment parler d'une évolution de l'extraversion vers l'introversion (Stoll) " Müller.

Les intérêts en général et pour le social en particulier, diminuent. Il se tourne vers le délassement personnel, retrouve le plaisir de la lecture, des travaux calmes et les goûts du début de sa vie adulte renaissent. Ceux de l'activité physique et du risque disparaissent. Sa vie devient sédentaire, son espace vital étroit tant géographique que social ou psychologique. Il est effrayé par les changements et prône la prudence. Sa faiblesse, son adhérence au passé, son conservatisme, sa difficulté à s'adapter aux idées nouvelles lui font adopter une attitude rigide, stéréotypée, systématique, voire automatisée.

"Il économise ses forces, se repose sur des acquisitions anciennes, rarement remises en question. La réalité présente ne compte guère pour lui mais il est attaché au passé, trouve dans sa propre histoire un moyen d'échapper aux difficultés quotidiennes" (Bourget).

Il aime souvent à évoquer ses souvenirs ; et par ce radotage revit d'anciennes satisfactions.

On note parfois de l'hypocondrie, une tendance dépressive et une recrudescence de l'anxiété. Le vieillard peut réagir à l'angoisse créée par les agressions du milieu, par de l'opposition ou au contraire par de la résignation, de l'inertie physique et mentale, du laisser aller.

Le vieillard devient frugal, jusqu'à en être parfois carencé, ou à l'inverse gourmand.

Les attitudes extrêmes se rencontrent aussi sur le plan sexuel : d'une part désintérêt sexuel, frigidité, d'autre part, impulsions érotiques, tendances perverses.

A ce tableau, il faut ajouter l'obstination, des idées de persécution et la spiritualisation : le vieillard devient idéaliste et dévot.

Le vieillissement tout en apportant ses traits propres, provoque une caricature de la personnalité du sujet. Ajuriaguerra a résumé de manière lapidaire la signification que prennent les périodes antèrieures de la vie pour la vieillesse en disant : "On vieillit comme on a vécu" (Müller).

VI - CAUSES DE VARIABILITE

Nous avons vu plus haut que le vieillissement pouvait se manifester à des âges très variables suivant les individus, le plus souvent aux alentours de 65 ans et que le déclin débutait dès la fin de la croissance sans qu'il existe de palier entre les deux.

L'évolutivité de la sénescence est, elle aussi, très variable suivant les individus.

De nombreux facteurs interviennent dans cette variabilité.

- LE NIVEAU INTELLECTUEL :

Raven et Vernon (1948) ont constaté que le déclin lié à l'âge est d'autant plus important que le niveau intellectuel ou socioculturel est bas. Poitrenaud se demande si ce déclin différentiel ne serait pas dû à des facteurs génétiques qui conditionneraient en même temps les différences de niveau intellectuel ou s'il traduit l'effet bénéfique du maintien prolongé d'une plus grande activité mentale chez les sujets de niveau intellectuel élevé.

- L'ACTIVITE PHYSIQUE ET MENTALE :

L'exercice permet de freiner le déclin. L'activité professionnelle antérieure et le mode de vie jouent un rôle important dans le maintien des performances. "Il se passe très souvent, au moment de la retraite, une sorte de désintérêt qui entraîne une mise en sommeil des possibilités intellectuelles et physiques. Cela a pour conséquences

"le néant mental de la plupart des gens lorsqu'ils ont perdu leur activité professionnelle. C'est cela qui les mine, qui les fait vieillir si vite" (Bourlière).

Le professeur Cuny fait également remarquer que la longévité différentielle dépend de l'appartenance socioprofessionnelle car les sujets arrivent de façon inégale à l'âge de la retraite (exercice ou au contraire usure prématurée).

- *LES FACTEURS PATHOLOGIQUES*

. Certains troubles comme l'ischémie entraînent de toute évidence l'accélération des processus de vieillissement.

. L'invalidité physique pèse sur l'équilibre et entraîne, un vieillissement psychique plus rapide que chez les êtres en bonne santé.

. Les prescriptions médicamenteuses jouent un rôle important chez le vieillard. Sa fragilité le rend sujet aux troubles circulatoires, si bien que des vieillards apparemment détériorés sont en fait "drogués" (Berthaux).

. Des agressions comme les interventions chirurgicales des maladies infectieuses ou non, des stress psychoaffectifs peuvent provoquer chez le vieillard une accélération du vieillissement et même des états confusionnels ou délirants.

. Les carences : pour des raisons d'économie et aussi psychologiques le vieillard mange peu, supprime les protides et le repas du soir, et parfois a tendance à augmenter sa consommation d'alcool. Ces dénutritions se rencontrent surtout chez le vieillard isolé.

Les carences en Vitamine B12, en acide folique et autres vitamines B ont peut-être un rapport avec le déficit intellectuel en gérontopsychiatrie (OMS).

De même la déshydratation et les troubles de l'équilibre électrolytique seraient en rapport avec l'état de vigilance et les réactions délirantes.

. L'héridité vasculaire paraît jouer un rôle important.

- *L'ETAT CIVIL :*

Ainsi le taux d'admission pour les troubles psychiques est plus élevé pour les célibataires, les divorcés et séparés que pour les veufs et les gens mariés.

L'état civil semble jouer un rôle par l'isolement qu'il peut déterminer.

- *LES STRESS PSYCHOLOGIQUES, LE CONTEXTE SOCIAL, ECONOMIQUE, FAMILIAL.*

Chez un même sujet l'évolution se fait par épisodes successifs de dégradation et de stabilisation.

Les événements comme la perte d'un être cher , l'insuffisance des ressources, un milieu hostile peuvent entraîner une accélération du vieillissement et parfois de la confusion mentale ou du délire.

VII - LE VIEILLARD, SES RELATIONS, SES PROBLEMES

A - VIEILLISSEMENT, RETRAITE, ACTIVITES, LOISIRS

a) La retraite

L'étude de la retraite, arrêt de l'activité professionnelle, est indirectement celle du travail, élément capital de la vie humaine à notre époque.

Pour Baguet le travail est

- " élément constitutif de la personnalité, il donne un nom, un rôle.

- lucratif, facteur d'autonomie physique et matérielle.
- contraignant : facteur de discipline et de contrôle de soi.
- collectif, il donne responsabilité èt participation.
- aliénant, écrasant, traumatisant, dépersonnalisant".

. *Aspects négatifs de la retraite*

La prise de la retraite, moment crucial et imposé, déclenche une crise d'adaptation en général et d'adaptation à la société en particulier (Dénahue, Orbach et Pollack).

Pour Cumming, Taeitz et Larson il se produit un désengagement réciproque : de la société face aux personnes âgées et de celles-ci face à la société.

La personne qui cesse de faire un travail professionnel n'est plus "action", elle devient "état" elle n'est plus dynamique, elle devient statique (Vaucher).

La passivité, l'inertie de l'existence du retraité peut être physique, le vieillard est assis et il attend... la mort semble-t-il. Nous avons déjà vu qu'"il se passe très souvent au moment de la retraite, une sorte de désintérêt qui entraîne une mise en sommeil des possibilités intellectuelles et physiques". Ca n'est donc pas la retraite en soi qui peut accélérer le vieillissement, mais plutôt la facon dont l'individu réagit à sa retraite et s'y adapte.

Pour Filer et O'Connel, d'après leurs travaux sur les répercussions de l'activité ou de son absence chez les personnes âgées en hospice, le retraité qui ne reprend pas d'activité répond par ce moyen à l'indifférence de la société à son égard.

Le travail est valorisant et donne un but. Il permet de ne pas déchoir par rapport au statut de travailleur. Socialement, le travail est une valeur très reconnue, très haut placée.

Havighurst, Donahue, Tibbits ont parlé des rôles des personnes âgées en soulignant que la retraite est caractérisée par un manque de rôle positif à l'intérieur de la société. Le retraité ayant des enfants mineurs, se sentant encore utile, s'adapte mieux à sa nouvelle situation.

"Ce que tout homme trouve dans et par le travail, c'est une utilité ; utilité personnelle, utilité familiale, utilité vitale. Pour les personnes qui, durant leur vie active, n'ont pas trouvé d'autre utilité que professionnelle, la retraite devient quelques chose de haïssable car elle est l'inutilité même". L'homme dans sa vie civile subit un choc soudain par la retraite forcée qui lui est imposée du dehors et qui l'oblige à renoncer à son rôle dans le monde du travail productif, et en conséquence dans sa famille par la perte de son pouvoir économique. Le retrait est une "mort sociale" ; alors qu'il était un chef, il devient membre d'une communauté, à peine toléré ; alors que pendant toute sa vie il a lutté pour être toujours à l'avant garde, il se trouve dépassé par l'évolution technologique et idéologique, dans un monde qui ignore désormais sa contribution passée à ce progrès" (Colloques internationaux, CNRS).

Nous avons vu dans un chapitre précédent la maigreur des ressources lors de la retraite. La réduction des moyens financiers impose une réduction du train de vie. Elle diminue la vie non en durée mais en ampleur.

Dans la retraite il y a perte de l'identité. Il s'est produit des crises d'identification à toutes les étapes importantes de la vie mais ici la société impose en plus un rôle dévalorisant. Ce qui oblige la personne qui arrive à cette étape, à troquer un statut hautement coté contre un statut déprécié (Vaucher).

La retraite et d'autres évènements constituant des "retraits d'investissement" imposés, entraînent un remaniement de l'équilibre psychisme et donc une remise en question en force des anciens conflits souvent résolus précédemment (Dedieu et Anglade).

"La perte du travail est vécue comme une castration. La société qui retire le travail ne met en rien comme équilibrant affectif à la place. De plus ce sentiment de perte peut-être rétroactif : non seulement la personne perd son travail, mais elle n'est pas assurée de la continuité de son ancienne activité. Le phantasme de la destruction de son œuvre, donc de soi, se profile ici".

. *Aspects positifs de la retraite :*

Cependant, malgré ces aspects négatifs très importants, la retraite présente des caractères positifs dont il serait bon de tirer le meilleur profit, pour qu'elle n'apparaisse plus comme l'antichambre de la mort.

Pour ceux qui veulent rationaliser le problème et lui trouver une justification économique la personne qui part à la retraite fait œuvre utile puisqu'elle donne une place aux jeunes. Mais cet argument est une bien piètre consolation.

La prise de la retraite est l'arrêt d'un travail souvent pénible, astreignant, inintéressant. Le désinvestissement affectif est sans doute facilité par un sentiment de libération.

La retraite est le temps des loisirs, de l'absence de contrainte. Mais qu'entend-on par ce terme "loisirs" ?

Le littré nous en donne une définition : "Etat dans lequel il est permis de faire ce qu'on veut. Espace de temps nécessaire pour faire quelque chose à l'aise".

Il consiste donc à faire quelque chose selon ses goûts, son choix, son rythme.

Baguet prête au terme "loisir" la signification suivante : "ensemble d'occupations auxquelles l'individu peut s'adonner de plein gré, soit pour se reposer, soit pour se divertir, soit pour développer son information ou sa formation désintéressée, soit pour augmenter sa participation sociale volontaire".

La retraite permet de faire ce qu'on avait envie de faire par goût mais qu'on n'a pu réaliser faute de temps (Vaucher).

Ces années de liberté et de libre disposition de soi-même, devraient être une période sereine et riche, un temps d'épanouissement et de plénitude. ELles permettraient de réaliser les aspirations qui donneront un sens à l'existence. Il ne s'agit pas de tuer le temps, ni d'occuper les journées mais de créer.

"C'est plus le "temps d'être" que le "temps de faire". Le loisir est un moyen d'être plus qu'un moyen de faire".

"Jusqu'à sa mort l'homme a en lui des possibilités d'épanouissement" (Baguet).

"On naît jusqu'à sa mort" (Dr Berge).

Le vieillard découvre une nouvelle forme d'invention. C'est la retrouvaille du passé par un imaginaire fondé sur le souvenir (Bourget).

De par sa position particulière dans la société et dans l'écoulement de sa propre vie, le vieillard a la possibilité de sortir de l'encombrement, de prendre du recul, de porter un regard plus désintéressé et d'avoir des choses une image nouvelle et enrichissante.

La vieillesse n'est pas un terme mais une étape de la vie, un des "actes" successifs de l'existence, ou chacun reste utile par son aide, sa créativité, son expérience, son témoignage.

. *Adaptation à la retraite*

L'adaptation à la retraite est délicate car on doit affronter à la fois, alors que les possibilités physiques et mentales décroissent, les problèmes les plus divers : abandon de l'encadrement quotidien de la vie professionnelle, perte du prestige, ennui à vaincre, lente usure de l'organisme à compenser, adaptation à des ressources réduites, contact à maintenir ou à recréer avec un environnement souvent nouveau, perte des proches, perte d'un but dans la vie.

Le changement provoqué par la retraite, est d'autant plus mal supporté qu'il est brutal, imposé pour des raisons socio-économiques et n'a que peu de correspondance intérieure à la personne. Celle-ci, mal préparée, va subir une crise d'adaptation. "La personne qui arrive à la retraite avec des désirs non conformes à ceux reconnus par le groupe social auquel elle va appartenir, que va-t-elle pouvoir faire ? Certains et ce sera la grande majorité, s'accomoderont des critères nouveaux de leur groupe social en abondonnant une bonne partie de leurs projets "d'avant" ; d'autres feront tout pour arriver à réaliser leurs intentions, en dépit des pressions reçues de la part du groupe des personnes âgées, à cause de leur déviance. D'autres enfin, mais ils sont sans doute très peu nombreux, arriveront à équilibrer leur "instinct grégaire" avec leur désir de continuer leur équilibre personnel antérieur". (Vaucher).

Pour faciliter ce passage de l'activité professionnelle à la retraite, il conviendrait tout d'abord de lui apporter quelques aménagements. Des efforts sont entrepris dans ce sens dans certaines entreprises.

"Le passage de l'activité à l'inactivité ne devrait intervenir que lorsque l'individu n'en éprouve plus le "vouloir faire" ou constate qu'il n'a plus le "pouvoir faire" c'est-à-dire souvent au terme du 4ème âge" (Lucas).

La retraite devrait donc être prise à des âges différents suivant les individus mais elle devrait également être progressive. "Plus un individu a été actif dans sa période de maturité, plus il doit se garder d'une interruption brutale". Une bonne solution serait "l'activité à la carte ; chacun disposant en quelque sorte d'un droit de tirage sur un temps de loisir, qu'il répartit à sa convenance sur la semaine, l'année ou même sur la retraite" (Lucas).

La reprise d'activités modérées devrait être rendue possible après la retraite par l'aménagement des postes de travail, des possibilités de travail à temps partiel, de travail temporaire, des horaires souples, en évitant les rythmes imposés, le séjour au froid, à la chaleur, aux intempéries, le bruit, le changement fréquent de rythme nycthéméral, les efforts physiques importants.

La retraite doit être prévue et préparée en ayant des activités de remplacement avant l'âge fatidique, en participant à des clubs très tôt, dans la vie en cultivant dans le plus jeune âge la faculté de choisir ses activités.

"Il est illusoire de croire que les personnes ayant peu investi affectivement dans leur travail s'adapteront plus facilement à la retraite".

Ce qui frappe Tournier, c'est de voir justement ces mécontents rater leur retraite, manquer l'occasion de faire, enfin, ce qu'ils aiment. L'amertume chronique a tué peu à peu leur élan vital"...

"Il est également illusoire de recommander la culture de dadas pour les passionnés de leur travail, par crainte de les voir s'accrocher à leur métier".

"Ce qui est en cause ce n'est pas le travail en soi, ni la retraite en soi. Ce qui rend assez inefficace toute forme actuelle de préparation à la retraite, ce qui est en cause, c'est la société actuelle qui sécrète les phénomènes du travail rendement-à-tout-prix, et de la retraite-inexistence.

Vouloir favoriser l'adaptation à la retraite, c'est avant tout travailler à un changement de la forme de la société, donc des individus pour qu'elle permette par des structures nouvelles, de même, que par une redistribution de ses valeurs sociales, un développement parallèle et progressif de chaque instance de l'individu, le cloisonnement actuel des rôles par tranches d'âge doit se transformer (par le concours de tous) en une diversité des rôles dès le plus jeune âge jusqu'à la fin, chaque rôle existant avec plus ou moins d'importance aux différents stades du développement. Cette transformation de la société paraît indispensable pour que la retraite devienne vie".

La retraite est donc un problème de société.

1. Par l'arrêt des activités professionnelles imposée à un âge fixé arbitrairement. Pour Sauvy, il s'agit d'une hypocrisie : le droit au repos cache l'interdiction au travail et Simone de Beauvoir écrit : l'inactivité imposée aux vieillards n'est pas une fatalité

naturelle mais la conséquence d'une option sociale".

2. Par le peu de ressources attribuées aux retraités et le peu de moyens mis en œuvre pour les aider.

3. Par l'importance démesurée accordée au travail, au rendement, à la rentabilité qui fait considérer comme quantité négligeable tout ce qui est en dehors de la notion de profit.

"L'industrialisation des sociétés a favorisé l'assimilation entre travail et production ensuite entre production et puissance. Ces deux associations sont souvent présentées en raccouci : travail = puissance.

Vouloir rester un travailleur au moment de sa retraite, c'est vouloir rester utile et fort" (Vaucher).

Pour "faire entrer la vieillesse dans la vie sociale dans son ensemble" il s'agit donc de changer la société et son système de valeurs.

Le travail est quelque chose de nécessaire sans que ce soit naturel ; une partie de la vie et non pas toute la vie. L'utilité reconnue du travail ne le rend pas forcément indispensable d'un bout à l'autre de l'année. L'activité professionnelle peut coexister avec d'autres occupations de type vie de famille ou loisirs. La période des vacances devrait être une période de remise en route et non une simple détente.

La retraite devrait se préparer dès le plus jeune âge, en apprenant à choisir ses activités, en comprenant que c'est dans une activité joyeuse et qui plaît que l'on peut trouver son but ; ce n'est pas dans le gain d'une place en classe ou dans n'importe quelle réussite d'ordre social ou matériel. Pour qui n'a pas accepté ce point de vue, la retraite apparaît comme un vide, un vide subit, semblable à la décompression des scaphandriers : on est tendu, actif puis plus rien (Berge).

b) Les activités

Le plus souvent les activités des personnes âgées sont presque inexistantes, dominées par la routine, du fait du rétrécissement des intérêts, de l'attitude rigide, stéréotypée, automatisée, voire du misonéisme. "Elles se tournent vers le délassement personnel, ne se dispersent plus dans de nombreuses occupations et recherches, mais s'installent dans la routine et le confort (Bourget). Elles perdent le goût des activités physiques.

L'âge, le sexe, le métier, l'instruction, l'état physique et psychique, sont autant de facteurs qui influent sur le choix et l'intensité des activités. Celles le plus souvent appréciées par les vieillards en collectivité sont les promenades, certaines relations sociales (conversation, jeux de carte...) et la télévision. La lecture est moins pratiquée car la vision et les intérêts diminuent. Les vieillards écrivent peu : ils manquent d'habitude et de motivation, et sont gênés par le tremblement. Quant aux travaux, chez les vieillards en milieu spécialisé, ils sont le plus souvent limités : les femmes cousent, tricotent, raccomodent, s'occupent parfois au ménage, aident d'autres vieillards. Les hommes font seulement leur lit, ils s'occupent rarement du ménage, mettent parfois le couvert ou desservent la table.

Rares sont ceux qui profitent de leur temps libre pour développer leurs aptitudes. La culture attire peu. Pourtant dans ce domaine la vieillesse n'a plus de signification, la culture appartient à tous et "la joie est grande quand on est déjà dans la catégorie des vieux de se retrouver parmi les spectateurs avec des gens beaucoup plus jeunes". Quant à la télévision, "elle est contradictoire ; elle met la personne en communication avec le monde et lui donne à la fois un sentiment de culpabilité et celui de partager les évènements en l'isolant de son voisinage. La télévision isole dans le groupe ou la famille. C'est la pire et la meilleure des choses" (Claudius Petit).

Les occupations ont de très nombreux avantages. Elles ralentissent la sclérose et le vieillissement, par l'exercice, évitent le désœuvrement et la ségrégation entre

les différentes classes d'âge, elles donnent un but, permettent de ne pas déchoir par rapport au statut antérieur de travailleur et favorisent l'adaptation à la retraite.

Pour aider les vieillards dans ce sens, des clubs du 3ème âge se créent un peu partout. La participation financière est modique. Ils permettent aux personnes âgées limitées par leur santé ou leurs faibles ressources matérielles et spirituelles d'accéder aux loisirs dans de bonnes conditions. Ils mettent à la disposition des retraités l'équipement social et touristique déjà en place et facilitent son accès en organisant des visites, des voyages etc...

Chaque usager dispose d'une entière liberté à l'intérieur du club et les animateurs sont suscités parmi les retraités.

L'écueil que ces clubs cherchent à éviter est la ségrégation des retraités, la création de "parcs du 3ème âge". Pour cela ils s'efforcent de s'ouvrir ou de cotoyer des personnes d'âge très différents.

Cependant le regroupement des retraités présente certains avantages. Il permet d'établir des relations sociales. Pour être simplement reconnu, il faut être plusieurs, être un groupe, car dans notre société les rapports de force sont essentiels.

"La démarche individuelle est très difficile sinon impossible. Il faut être à plusieurs. On se laissera entraîner dans la confiance, dans la patience et sans respect humain parce qu'on se trouve avec d'autres du même âge approximativement. C'est ainsi que les activités physiques dans le 3ème âge, comme la natation ou la gymnastique, ne sont acceptées en général qu'en groupe" (Berge).

"Accéder aux loisirs c'est prendre en charge sa liberté mais combien en sont capables ? Déterminismes sociaux, économiques, politiques, culturels nés du travail et des conditions d'existence préalables sont-ils des limites insurmontables à bien vivre le 3ème âge. Est-il possible d'apprendre à vivre à 65 ans" ?(Vaucher)

B - VIEILLISSEMENT ET RELATIONS SOCIALES

Les relations sociales interviennent dans tous les domaines, ce qui nous a amené à les étudier au fur et à mesure de notre propos.

Ce paragraphe, quoique important, ne sera donc qu'un résumé de ce que nous avons pu écrire plus haut ou que nous verrons plus loin.

Les contacts sociaux sont nécessaires à la vie et à l'équilibre humain. Il faut l'amitié, la sensibilité, l'affection, la présence : choses non organisables ni monnayables.

"Sans relation la personne disparaît pour laisser place à l'individu". (Claudius-Petit).

"L'homme n'est pas fait pour vivre seul ; quel que soit son âge, il ne devient pleinement homme et il ne devient pleinement lui-même qu'en se mêlant et en se frottant à ses semblables". "Les relations avec d'autres personnes sont essentielles à notre connaissance, notre maturation, à notre équilibre". "Jusqu'au seuil de la mort, le besoin et le désir de communiquer avec d'autres, d'échanger, de compter pour les autres ou de se dévouer pour eux demeurent un besoin et un désir fondamentaux". "Pour vieillir dignement, il faut qu'on nous accorde ce minimum d'attention, de considération, d'affection sans lequel nous en venons les uns et les autres à désespérer finalement de nous-mêmes en même temps que des autres ; nous en venons à nous mépriser et à nous haïr nous-mêmes lorsque personne en face ou à côté de nous, ne nous accorde attention, respect et affection". Des échanges faciles et fréquents entre gens de différents âges sont nécessaires, tant pour la maturation personnelle de chacun que pour le dynamisme de la société toute entière" (Philibert).

Les personnes âgées sont conscientes de cette nécessité car dans leur majorité elles disent préférer les relations affectives à l'aide matérielle. Cependant on décèle une certaine ambivalence dans leur attitude face aux contacts sociaux. Elles y apportent des restrictions : le bruit, le mouvement, le nombre des personnes leur causent

fatigue et déplaisir ; mais elles recherchent tout de même la compagnie par crainte de l'anxiété.

Les femmes, d'après le travail de Bourget, seraient plus nombreuses que les hommes à rechercher la solitude. Les femmes se retirent pour rester avec leur chagrin et leurs souvenirs. Ce retour sur le passé leur apporte du soulagement. Les hommes se retirent pour réfléchir et trouver des solutions à leurs problèmes. "A certains moments de fatigue, de maladie, dans la vieillesse, nous pouvons être contraints ou désireux de réduire nos activités sociales, de réduire nos responsabilités , de limiter nos échanges et nos rencontres avec les autres ; nous avons besoin de nous détacher d'intérêts et d'entreprises qui nous paraissent soudain excéder des forces que nous devons désormais ménager, ou qui nous paraissent tout d'un coup futiles".

La solitude peut être également positive. "Il y a des heures où nous recherchons la solitude, où nous faisons retraite pour nous recueillir, pour nous décanter, pour nous rassembler. Mais lorsqu'elle nous est imposée, la solitude nous effraie, nous mine et finalement nous détruit" (Philibert).

Outre cette tendance des vieillards à réduire leurs contacts sociaux de nombreux obstacles s'opposent aux relations entre gens d'âge différents, en particulier :

- des horaires de vie différents
- des lieux de vie spécifiques à chaque âge et fermés aux autres (écoles, usines...)
- des habitats distincts : vieillards dans les vieux quartiers, jeunes familles dans les banlieues neuves ; hospices isolés des centres culturels.

Sans parler de la tendance au regroupement des gens du même âge, de l'ambivalence (envie de rencontrer les autres et de ne pas le faire). Besoin de ne pas se sentir seul à vivre une situation peu enviable en retrouvant d'autres congénères, mais aussi désir d'être au contact des jeunes qui, nous disent les personnes âgées, dynamisent et vivifient.

Pour les jeunes : désir de connaître les personnes âgées et en même temps désir de rester indépendants par rapport à elles (Mme Seylaz).

Les groupes par âge ne sont d'ailleurs pas néfastes. "Pour ces gens qui sont faibles et souffrent de leur solitude, il vaut la peine de constituer des groupes qui soient homogènes par l'âge de manière qu'ils se sentent un peu à l'aise parmi d'autres semblables à eux : pour qu'ils retrouvent un sentiment d'appartenance, de participation, d'identité".

"Mais dans ce cas il faut bien faire attention à ne pas laisser le groupe devenir un piège ou, comme nous disons aujourd'hui un ghetto. Il faut que le groupe, comme tel, aille vers la rencontre de personnes ou de groupes d'un autre âge. Il faut que ce groupe, homogène par l'âge, soit une étape, ou un moyen et non pas une fin en soi, pour avancer vers des relations entre âges différents" (Philibert).

C'est pourquoi on s'efforce d'installer les villages retraites, les hospices près des équipements collectifs. Un gros effort est également fourni dans ce sens dans les clubs de 3ème âge.

L'obstacle majeur pour les contacts sociaux entre les vieillards et les classes d'âges différentes est sans doute la conception actuelle de notre société basée sur la production. La valeur du travail est surdominante et de ce fait, se trouvent rejetés dans l'ombre tous ceux qui, précisément, ne présentent plus cette valeur avec autant d'acuité.

Le vieillard, à la retraite, semble inutile et encombrant. Les techniques se développent très rapidement. Il n'est plus la mémoire de son environnement, il n'est plus celui qui communique aux autres des connaissances acquises, il n'est plus guère écouté (Claudius Petit).

Il faudrait faire comprendre à tous, la nécessité vitale des relations humaines, la fécondité particulière des relations entre gens d'âges différents. Même les plus âgés ont quelque chose à apporter aux autres.

"Seuls des gens âgés - non pas tous, mais certains - ont vraiment appris à vivre et peuvent un peu nous aider, dans cet apprentissage qui reste pour nous tous, long, semé d'embûches et difficile. Cela bien sûr a été vrai des gens âgés de toujours".

"La génération âgée d'aujourd'hui est la seule qui, dans le temps d'une vie d'homme, ait vécu des transformations techniques, sociales et politiques aussi rapides et radicales. C'est pourquoi, en dépit du fait que beaucoup de gens ont laissé se rouiller leurs facultés intellectuelles, en dépit du fait que les connaissances apprises à l'école il y a 50 ou 60 ans ne nous intéressent plus aujourd'hui et donc périmées, ces gens-là ont quelques choses d'irremplaçable à nous dire sur la façon dont on vivait et aussi sur la façon dont on vieillissait car ils ont vu veillir des grands parents comme nous n'en voyons plus veillir. Voilà ce qu'ils ont à nous dire et que peut être, pour les gens soucieux de les écouter, pour les jeunes, quelque chose de passionnant comme le reflet d'un monde inconnu et exotique car il est en train de disparaître avec cette génération" (Philibert).

Par ailleurs "les vieillards sont peut - être plus capables que les adultes actuels d'apporter des innovations véritables. Pour innover il ne suffit pas de prendre le contre-pied de ce qu'on a fait la veille... car l'imagination est souvent pauvre : l'on croit innover quand on prend le contre-pied de ce qu'on juge être l'erreur d'hier et l'on retombe dans l'erreur d'avant hier. Pour être capable d'innover vraiment, il faut avoir connaissance du passé, il faut s'appuyer sur une tradition. On ne peut dépasser la tradition qu'en la prenant comme tremplin" (Philibert).

Nous sommes encore bien loin de cette prise de conscience.

"Cette triste vieillesse qui a d'ailleurs un effet de cercle vicieux fait peur aux gens plus jeunes et les adultes ne comprennent pas que la décrépitude résulte souvent de la déchéance sociale ; au lieu de l'expliquer , ils se détournent des vieux dans lesquels ils voient l'image anticipée et effrayante de leur propre déclin. Ils contribuent ainsi, en se détournant des vieux, à leur rejet et à leur isolement social".

Philibert écrit encore un peu plus loin : "Pour rapprocher les âges différents il ne faut pas être face à face mais "côte à côte ou "coude à coude".

C - VIEILLISSEMENT ET FAMILLE

Nous avons vu plus haut que dans la vieillesse, les affections et les antipathies s'accusent, que les personnes âgées sont jalouses et très exigentes d'affection, qu'elles développent souvent des idées de persécution par baisse de leur autorité. Toutes ces tendances sont plutôt des entraves à de bonnes relations familiales, mais la capacité de sympathie est plus grande à cette période de la vie qu'à une autre, peut-être parce que le vieillard prend une certaine distance par rapport aux choses et qu'il leur porte un regard plus désintéressé.

Louis Weber dans "civilisation : le mot, l'idée" distingue le "savoir utiliser" et le "savoir sympathiser". La jeunesse et l'âge mur sont préoccupés par le premier, l'approche de la retraite permet d'apprendre le second (Duhamel).

D'autre part profitant de temps libres importans ils peuvent se consacrer davantage à leur famille pour leur rendre visite ou même les aider. Le sentiment de n'être pas isolé et d'être utile diminue notablement les effets du vieillissement et permet de mieux s'adapter à la retraite.

Malheureusement le vieillard est souvent un membre de la famille à peine toléré.

La perte de son pouvoir économique l'a fait déchoir de son rôle de chef de famille et le rend souvent dépendant de ses enfants. Il est mal accepté par le cercle familial de ses proches, qui considère, avec une résignation mêlée d'agacement, l'expression des lacunes de son grand âge. Sur le plan conjugual, l'homme privé de l'orgueil de son travail devient dépendant de son épouse, inversant des relations familiales dont l'organisation prend un aspect matriarcal (Lempérière-Jullien).

L'évolution de notre société, de ses mœurs, de son habitat ne permettent que très rarement la cohabitation des vieux parents avec leurs enfants. "La cohabitation avec des sujets appartenant à des générations différentes est rarement un succès. Les problèmes d'autorité se posent de façon aiguë. Les individus qui cohabitent par nécessité forment la caricature d'une grande famille groupée : certains y perdent une part de leur liberté sans trouver en contrepartie les avantages moraux liés à l'exercice d'une solidarité que la tradition alimente. Le groupe conjugal ne s'en porte pas mieux, bien au contraire". "Les difficultés résultent de la modification des structures familiales et de leur resserrement autour du couple, avec diminution de la fréquence de cohabitation à 3 générations" (Pélicier).

Au fur et à mesure que les années passent, l'éloignement, la mort des proches et des amis, isolent le vieillard. Un grand nombre de sujets hospitalisés ou en hospice n'ont plus de famille ou seulement quelques vagues cousins résidant dans des régions éloignées. Les visites se font rares. Le moral et la santé se dégradent peu à peu chez ces malades qui souvent n'ont plus aucun pôle d'intérêt, et n'attendent plus rien ni personne.

D - VIEILLARDS ET ENFANTS

Jusqu'à présent nous avons trouvé dans tous les domaines de grands difficultés de contact du vieillard avec son entourage, au contraire en ce qui concerne les enfants de nombreuses affinités facilitent la communication et les relations entre ces deux générations opposées dans le temps.

D'après Bourget, l'enfant et le vieillard sont proches par la difficulté de parvenir à un regard objectif sur les choses et par un égocentrisme quasi permanent, par une commune dépendance d'autrui, par des investissements extragénitaux de leur libido et de leurs rêves.

Philibert ajoute : "Dans la mesure où les enfants ne sont pas encore entrés dans le cycle de la production et dans la mesure où les retraités, bon gré, mal gré, en sont sortis, ils ont les uns et les autres, avec

beaucoup de souffrances et de frustations une certaine liberté par rapport aux contraintes sociales. Ils ont aussi la possibilité d'un certain recul et d'un certain humour. Ils sont moins pris dans le calcul relationnel, ils sont moins enclins à cette conduite qui consiste toujours à travailler en différant les satisfactions jusqu'au jour improbable de la satisfaction, de la consommation et de la jouissance. Les enfants et les vieux sont capables de savoir tout simplement jouir du présent, de savoir jouir de ce qui leur est donné, même si c'est pauvre, dans le présent".

L'âge de la retraite rejoint aussi l'âge de l'adolescence. Ni l'un, ni l'autre n'ont leur place dans la réalité socioéconomique, leurs efforts sont gratuits. Ils souffrent les uns et les autres d'être inutiles (Berge).

La régression du vieillard et plus particulièrement la régression démentielle semble reproduire en sens contraire les étapes de l'évolution intellectuelle de l'enfant. Biolsi décrit d'après Ajuriaguera trois types de désintégration fonctionnelle dans la sénescence et la sénilité, à travers un triple abord neurologique, neuropsychologique et psychologique.

1) Réapparition de conduites caractéristiques des stades naturels du développement de l'enfant chez lequel ces systèmes équilibrés sont destinés à s'intégrer dans les structures plus complexes, sans pour autant disparaître. A ce groupe appartiennent un particulier nombre de conduites opératoires praxiques (apraxies constructives : idéomotrices, idéatives) correspondant à l'espace objectif ou euclidien, à l'espace centré sur le corps propre, et à l'espace pratique chez l'enfant.

2) Réapparition de conduites instinctives réflexes primitives, dont chez l'enfant la disparition est une condition de la réalisation volontaire de la fonction (préhension forcée, réflexe oral).

3) Enfin, apparition de néocomportements pathologiques, comme les stéréotypies motrices qui n'ont que des références lointaines et discutables avec les étapes du développement normal de l'enfant.

Schématiquement la désintégration n° 1 s'observe seule dans la sénescence, mais aussi est relayée sans discontinuité par les deux autres dans la sénilité".

Cependant il existe des différences considérables entre le vieillard et l'enfant.

Bourget parle même d'un "fossé car le vieillard ne peut créer un monde inexistant (dégager un concept, interpréter une image). Le vieillard supporte le poids d'un grand nombre d'automatismes remplaçant l'intelligence qui a permis leur formation". "L'enfant présente le plaisir de comprendre, une quête, la joie de l'inutile et de l'irréel, la capacité de jouer, de faire semblant. Dès son jeune âge l'enfant feint, bien qu'il ne soit pas capable de symboliser ; mais bien avant que le vieillard ait perdu la faculté de symboliser il ne connaissait pas la joie de feindre. C'est en celà que la situation de test, qui ne débouche sur rien d'utile pour le sujet, est difficile à accepter pour les personnes âgées, "ça ne sert à rien" disait l'une d'elles".

Malgré leur crainte de la nouveauté, du mouvement, du bruit, les vieillards chérissent presque tous les enfants alors que les tendances sont très partagées et même défavorables en ce qui concerne les adolescents.

Le contact avec l'enfant permet au vieillard de retrouver sa propre enfance.

"Le commerce qu'il a avec l'enfant aide l'adulte à se retremper dans l'espoir et dans l'élan de l'enfance, l'aide à retrouver ou à réactiver sa propre enfance. L'homme a peut-être ainsi une chance d'échapper au risque de sclérose et de fermeture qu'apporte avec soi l'âge adulte" (Philibert).

Pour Bourget, les petits enfants peuvent devenir aussi des objets d'affection propres à compenser la perte des autres objets, voire de la capacité d'investir les autres objets.

Les enfants sont les seuls à s'intéresser aux vieillards, de façon spontanée et non par pitié ou devoir.

Ils sont également les seuls à qui les vieillards sont utiles : par de petits cadeaux (bonbons), par l'accompagnement dans les promenades, par des récits de contes ou du passé, mais aussi leur utilité peut être beaucoup plus profonde comme a su le dire Philibert.

"Le commerce avec l'homme apporte à l'enfant la possibilité de s'appuyer sur la sécurité offerte par le soin, la prévision et la rationalité des grandes personnes, pour vivre pleinement son présent, sans inquiétude et sans hypothèque sur l'avenir, mais d'autre part - et ceci encore est paradoxal - ce commerce entre l'homme et l'enfant aide ce dernier à projeter sa vie vers l'avenir en voulant être comme les grandes personnes, en voulant grandir, dans la mesure du moins où l'image fournie par les adultes et les vieux n'est pas celle d'une vie stagnante et déclinante, mais celle d'une vie dont l'élan se poursuit. Comme le dit le psychanalyste américain Enison : "Pour que les enfants apprennent à ne pas avoir peur de la vie, il faut qu'ils vivent auprès de vieillards qui aient surmonté la peur de la mort" (Philibert).

Réciproquement cette utilité est nécessaire au vieillard pour assumer sa propre existence. "Le commerce avec l'enfant que peut avoir un homme adulte ou âgé l'aide à assumer sa tâche d'adulte qui est une tâche de soin, de souci, de don, de dévouement, de sacrifice pour la génération suivante, et l'aide, par conséquent, à se défaire de son propre infantilisme".

E - VIEILLARD et COLLECTIVITE

a) Admission

L'admission du vieillard en milieu spécialisé (maison de retraite, hospice, service gériatrique...) est la plupart du temps déterminée par son état de santé.

D'après le Pr Vignalou, en 1969 dans les maisons de retraite, 14 % des sujets ont une validité complète, 51 % sont des handicapés mais valides sociaux et 35 % très gravement handicapés.

Quant à la mortalité plus élevée dans les hospices que la moyenne, elle fait se demander à Mr Paillot si ces institutions ne permettent pas à la société de se débarasser des personnes dont l'état est inquiétant.

Très souvent la maladie seule ne justifie pas l'admission. L'isolement social et la misère ne permettent plus à ces malades de continuer à vivre seuls chez eux. C'est pour reculer au maximum le moment de l'hospitalisation que sont développés actuellement les clubs, les aides à domicile, les soins à domicile et même les hôpitaux de jours. L'hospitalisation n'intervient alors que lorsqu'elle est réellement nécessaire médicalement.

Le transfert d'un vieillard d'un établissement à un autre étant d'ordinaire difficile, l'OMS (dans un de ces rapports) recommande de placer les sujets dès le début dans l'établissement qui convient ; elle préconise également que toutes les personnes âgées malades ou infirmes soient prises en charge par un service complet de gériatrie, axé sur un hôpital gériatrique moderne, doté de tout l'équipement nécessaire et placé sous la direction d'une seule autorité.

b) Adaptation

. Contexte

Le sujet transplanté brutalement de son milieu de vie habituel, dans un centre gériatrique, subit un stress plus ou moins intense suivant les cas mais toujours présent. "La thématique du syndrome négatif est bien connue. C'est celle de la nostalgie, du mal du pays. Elle se traduit par un sentiment d'incomplétude qui naît de la perte des horizons habituels et de l'absence de familiarité avec les gens et les choses. Chez nous, les êtres, les objets, les édifices et les paysages sont des repères qui nous rassurent et nous situent. Les choses ont un passé où nous nous insérons sans heurts. Au contraire, le site nouveau reste sans référence à ma personne, sans creux ni bosse où je puisse le saisir et le faire mien". (Duchêne). "De plus "la transplantation réalise un vide social dont la brusquerie peut apparaître intolérable. A cet ancrage vital

défectueux correspond un malaise moral, un vif sentiment de frustation et des attitudes revendicatives qui en sont le corollaire habituel" (Porot).

En hospice ou en hôpital le domaine personnel est très restreint. Il se limite très souvent au lit, à une chaise, une table de nuit et un placard. Il contribue à accentuer le désarroi des vieillards hospitalisés. Pour y pallier on accepte dans certains établissements quelques pièces de leur mobilier personnel pour recréer un "chez eux" et diminuer d'autant le déracinement.

L'accueil est abrupt, impersonnel. Les habits "civils" sont remplacés parfois dans les services hospitaliers par les vêtements de l'hôpital. L'uniformité vestimentaire ne permet plus au malade de se différencier de ses semblables, de même le rythme et le mode de vie est imposé par le règlement intérieur du service. Il lui faut désormais apprendre à vivre suivant des normes et des valeurs nouvelles, se plier à des horaires rigides sous la pression directe de l'autorité administrative et médicale. Son existence se déroule suivant un emploi du temps imposé, son comportement lui est dicté et il le retrouve reproduit au même instant par une troupe d'êtres semblables qui l'entourent jour et nuit (Heuyer et Coll.).

Tout ceci abouti à un sentiment de dépersonnalisation important.

Pour compléter ce tableau, ajoutons le choc dû au premier contact entre des classes sociales différentes confondues, des visites de plus en plus espacées pour devenir rares ou nulles, la conscience de rester dans l'établissement jusqu'à la mort sans espoir de changement quel qu'il soit.

. *Adaptation négative*

Dans ce contexte l'adaptation est très difficile, et les réactions défavorables de beaucoup les plus fréquentes.

Les plus communes, les réactions dépressives légères se manifestent par du spleen de l'ennui, du cafard, de la nostalgie qu'Heuyer assimile à des attitudes de deuil sur un temps révolu et plus concrètement sur tout ce que l'entrée en milieu collectif vient de faire perdre quand bien même on en a senti longtemps le poids.

Très fréquentes également sont les réactions d'inadaptation extériorisées par des troubles psychosomatiques : troubles fonctionnels divers des sphères digestives, cardiaques et respiratoires.

D'autres feront des crises névropathiques et même, si le désarroi est intense, des épisodes confusionnels. "La défaillance psychique" peut être considérée comme la conséquence de l'impossibilité de l'adaptation. Le premier signe en est l'angoisse qui apparaît lorsque la réalisation d'une tâche correspondant à l'essence de l'organisme est devenue impossible. Cette angoisse entraîne un état confusionnel accompagné de perturbations physiologiques, de déshydratation et d'autointoxication. Il s'agit avant tout d'un état réactionnel, en face d'évènements extérieurs ou intérieurs, appelé aussi "réactions psychonévrotiques aiguës". La position sociale du vieillard a un grand rôle dans ces crises de décompensation, particulièrement l'hospitalisation en clinique psychiatrique se fait dans des conditions extrêmement frustantes et défavorables ; de plus, les deuils, les séparations, les conflits familiaux atteignent très fréquemment les personnes âgées. Il ne faut pas oublier l'influence de la santé physique ; il semble que près des 2/3 des malades mentaux dits sévères (moyens et graves) ont une maladie somatique "sévère". L'affaiblissement intellectuel et, plus encore, la prédisposition névrotique ont vraisemblablement un rôle important dans ces accès de défaillance". (Bourget).

Une autre réaction du vieillard qui peut survenir après une assez longue période d'équilibre apparent est une sorte de "laisser-aller". Le sujet devient apathique, ne s'intéresse plus à rien, il est lointain, refuse la nourriture, ne se lève plus. La vie semble le quitter petit à petit sans raison pathologique apparente, ou plutôt c'est lui qui semble laisser glisser peu à peu sa vie

hors de lui, et un jour on le retrouve mort. C'est le classique syndrome de glissement sans maladie évidente, sans trouble biologique quelconque.

. *Adaptation passive*

L'adaptation passive est une fausse adaptation. "Certaines personnalités faibles et suggestibles se résignent à adopter une attitude de passivité. Elles esquivent tout engagement réel sans résister aux pressions ni s'identifier aux valeurs positives du milieu. D'autres camouflent le manque de coopération réelle sous le masque d'un ritualisme ou d'un formalisme qui peut donner le change" (Heuyer et Coll.).

. *Adaptation active*

Citons l'équilibre par une attitude négative d'opposition.

Beaucoup plus intéressante est l'attitude positive.

Si le vieillard a la possibilité de manifester ses aptitudes personnelles et ses connaissances antérieures, qu'il soit sollicité, ou qu'il le fasse spontanément, il se sent redevenir une "personne" et s'intègre plus facilement au milieu. "Pour qu'une intégration totale se réalise, l'occasion doit donc "lui être offerte de se rendre utile et il doit se sentir à nouveau membre d'un groupe psychologique et personne intégrée dans ce groupe" (Heuyer et Coll.).

Le climat de détente qui s'en suit permet à de nouveaux rapports humains de s'établir.

c) *Quelques caractères psychosociologiques*

La situation commune de dépendance dans laquelle sont placés les sujets favorise leur identification mutuelle et le sentiment d'appartenir à un groupe. L'individu ne se sent plus seul à subir la pression de la hiérarchie : cette pression il la ressent à travers l'équipe qui en "étale"

et en delue l'effet. Il naît un sentiment de solidarité et la cohésion affective des membres du groupe valorise l'individu (Heuyer et Coll.).

La situation de groupe stimule les performances individuelles en exaltant la compétition, c'est la notion de facilitation (Alport) ou de gain social.

Le dépendance d'une hiérarchie, la solidarité du groupe, le rythme de vie imposé, la vie communautaire font retrouver aux hommes l'ambiance de leur service militaire, et leur donne un regain de jeunesse.

Les femmes sont moins enclines à se sentir solidaires d'un groupe important en nombre. Elles recréent plus tôt un petit "groupe familial" à l'intérieur d'une chambre ou de deux ou trois chambres voisines. Elles gardent ainsi une attitude plus indépendante envers le monde extérieur.

Certains savent apprécier cette existence encadrée qui libère des contraintes de la vie quotidienne et des servitudes de l'activité professionnelle et facilite les contacts sociaux.

Cependant il existe des retraits sociaux volontaires déterminés, comme le montre Bourget, par une sensibilisation exacerbée à la hiérarchie sociale antérieure. Il cite à ce propos quelques malades : "on ne peut pas me comprendre dans ce milieu". "Je déteste ce poste d'eau car je suis obligée, quand j'y vais, de rencontrer des personnes avec lesquelles je ne veux pas me lier". "Cela me rendrait service que la voisine prenne mon courrier, mais cela m'oblige à entrer en relation avec elle". Ce retrait social est toujours cité comme source de "cafard" et de solitude morale".

Les relations entre les divers pensionnaires, notamment les visites à caractère romanesque sont très surveillées surtout par les femmes. Elles aiment les "ragots" et les intrigues et en alimentent leurs conversations.

Ce sont d'ailleurs leurs principales activités. Nous avons vu qu'en général, le désœuvrement est la règle. Certains jouent aux cartes, lisent, regardent la télévision. Très peu cousent ou aident à l'activité communautaire. Ceci est frappant dans les services gériatriques. Ces malades ne font rien, n'attendent rien, ils sont là, purement végétatifs.

Chaque centre dispose en général d'une salle pour les activités, d'une télévision et d'une bibliothèque. On s'efforce d'y susciter une participation active des malades mais sans grand succès. Plus les malades sont hospitalisés depuis longremps, plus leurs occupations sont réduites.

La durée du séjour influe également sur le degré de satisfaction à l'égard de l'établissement. Le travail de Bourget montre que les mécontents se rencontrent surtout parmi les nouveaux et parmi ceux qui sont là depuis plus de dix ans. Les satisfaits auraient plutôt entre cinq et dix ans d'institution.

Les femmes seraient plus nombreuses à se plaindre de la vie en institution, qu'elles rendent souvent responsable de tous les maux. Bourget se demande s'il s'agit d'une moins bonne adaptation ou d'une plus grande lucidité. En effet les insatisfaits obtiennent de bons résultats au test de Colombia. or ce test est un bon indice de capacité d'objectivité, de réflexion et de raisonnement.

F - VIEILLARD ET SANTE

Le vieillard présente une pathologie multiple. A partir d'un certain âge il est rare de n'observer qu'une seule affection chez un même sujet. L'une d'entre-elles attire l'attention et on en découvre une, deux ou plusieurs autres à cette occasion.

Chez l'enfant et l'adulte jeune c'est l'inverse qui se produit. Plusieurs maladies se cotoyent rarement c'est pourquoi il est de règle de s'efforcer de rattacher plusieurs signes à une même affection.

Le nombre des invalides est important dans la vieillesse par fracture, hémiplégie, surdité, cécité, etc...

Les affections banales comme la grippe peuvent avoir des conséquences redoutables chez le vieillard affaibli, usé, aux réserves énergétiques faibles.

Les causes de décès ont été classées par ordre de fréquence décroissante : en tête viennent les affections cardiovasculaires puis les causes indéfinies ensuite les affections respiratoires dont la grippe, les tumeurs et les suicides.

Le terrain sénile imprime des caractères spéciaux aux cadres morbides. "De nombreux troubles auparavant attribués aux altérations irréversibles de la sénescence ne sont en fait que des états couramment observés dans les périodes antérieures de l'existence et dont le tableau clinique se trouve modifié par le vieillissement" (Bourget).

Le vieillard est souvent plus sensible que l'adulte jeune aux thérapeutiques. Il arrive même de rencontrer des baisses très importantes de la vigilance par anoxie cérébrale iatrogène, régressives rapidement par arrêt total du traitement, quel qu'il soit.

Paillat a effectué une enquête sur la consommation médicale et pharmaceutique. Elle aboutit à des résultats paradoxaux.

Entre 60 et 69 ans on voit deux fois plus souvent le médecin que de 30 à 39 ans. Mais à 80 ans et plus, la consommation médicale est inférieure à celle de 30-39 ans. C'est pourtant à cette période de la vie que la pathologie est la plus grande. La chute des ressources, l'insuffisance de la protection médicale, (pas de médecine préventive, ni de bilan de santé de sécurité sociale pour les vieillards), la résignation devant les dernières années de la vie expliquent cette anomalie.

De 60 à 69 ans, les dépenses pharmaceutiques sont doublées par rapport à la moyenne, surtout pour les affections digestives et cardiovasculaires.

L'attitude de la personne âgée vis-à-vis de sa santé est également importante à connaître car elle détermine son comportement. C'est ainsi que les gens qui se disent en mauvaise santé, même s'ils sont bien portants, se comportent comme des malades.

"Le problème de santé représente plus la crainte du vieillissement en général que de telle ou telle maladie. Cette crainte de toute dégradation physique et psychique fait surgir l'angoisse de la mort que chacun porte en soi". Cela explique sans doute la tendance à l'hypocondrie dans la vieillesse. L'angoisse exagère le moindre petit malaise et le tient présent à l'esprit. Le vieillard vit alors dans la maladie.

Certains accusent leur entourage ou la maison de retraite de tous leurs maux. Parfois la santé est un motif de chantage : "Si vous ne vous occupez pas assez de moi, si vous n'avez pas assez d'égards, je serai malade et si je meurs ce sera de votre faute, vous en serez responsables."

Une grande partie des troubles psychosomatiques sont destinés à attirer l'attention des familiers, leurs soins, leur vigilance. C'est un moyen de diminuer l'isolement et l'angoisse.

G - VIEILLARD - VIE - ET MORT :

Nous avons vu dans un chapitre précédent que vivre c'était agir dans un contexte d'utilité. Nous avons vu aussi que "la personne existe mais qu'elle ne vit pas forcément. Si vivre c'est agir, exister c'est être. Si bien que le retraité peut, soit exister simplement et ne plus vivre puisqu'il n'est plus actif, soit ne plus savoir pourquoi il existe puisqu'il n'a plus la possibilité de vivre". Continuer à "être" dans la passivité n'est qu'une survie, la dernière étape avant la mort, le début de la fin.

L'esprit humain, pour chaque période de la vie, évoque son aboutissement et dans le cas de la vieillesse on débouche sur la mort. La retraite apparaît donc comme l'antichambre de la mort. "L'idée est assez communément proclamée qu'il faut sortir d'une tranche de vie caractérisée par une situation. Mais le silence s'établit comme si l'on craignait d'avoir à reconnaître ce que signifie le fait de "sortir" de la retraite" (Lucas).

Le futur se rétrécit et le passé devient de plus en plus irrévocable.

Cette angoisse de mort existait bien avant la sénescence ;

"l'angoisse déclenchée par la retraite existait bien avant cette crise. Cette angoisse est l'angoisse de la mort que chacun porte en soi, de sa propre mort. C'est l'angoisse existentielle dont parle Kierkegaard. Et la retraite professionnelle n'est que le révélateur de cette angoisse contenue par les mécanismes de défense de chaque personne, aidée dans ce travail par les normes sociales. Or, ces dernières basculent complètement au moment de la retraite. De positives elles deviennent négatives. De ce fait, elles laissent la personne qui arrive à cette période de sa vie, face à ses seules défenses personnelles contre la montée de l'angoisse. Déjà toute situation de changement amène des réactions d'angoisse du fait de l'état de déséquilibre dans lequel se trouve l'individu ; la retraite ne fait qu'accroître les choses. Ce déséquilibre ne tend pas socialement vers un meilleur équilibre, il tend au contraire vers un appauvrissement de la personne".

"Bien que certains auteurs prétendent que pour la plupart des personnes âgées, la crainte de la mort imminente ne joue pas un rôle important et que le problème de la mort est généralement maitrisé avec une calme supériorité et avec résignation, nous croyons néanmoins que beaucoup d'attitudes apparemment incompréhensibles des vieillards sont liées à la crainte de la mort. Abraham, un des premiers analystes, à relater de manière anecdotique la crainte de la mort liée au désir d'immortalité du vieillard. Il raconte qu'un acteur de 80 ans dit, dans une allocution publiée par la suite : "j'ai ordonné par testament que mon décès ne doit pas avoir lieu avant l'incinération". Abraham fait remarquer que ni le correcteur ni les lecteurs du journal n'ont relevé le lapsus, ce qui montre à quel point beaucoup de gens sympathisent inconsciemment avec ce désir d'immortalité" Müller.

"Shrut, Christ, Rudick ont découvert que les sujets présentant des tendances névrotiques accusées, appréhendaient plus souvent la mort que les autres. Christ a clairement montré que le refoulement, le déplacement, la négation, sont des réactions typiques des vieillards devant la mort. L'intérêt que suscite la mort imminente chez des savants âgés peut être indirectement mis en relation avec leur prédilection pour des sujets transcendants et occultes. Nous trouvons dans les œuvres de vieillesse de certains hommes de sciences éminents des allusions ouvertes ou voilées à la religion ; à l'au-delà, etc..." Müller.

Bourget a mené une enquête en posant directement deux questions aux vieillards : combien voudriez-vous vivre ? Pensez-vous à la mort ?

A la première question il a constaté que ce sont surtout les femmes qui voudraient mourir, pas les hommes. Il pense que les difficultés de vie atteignent plus les femmes que les hommes, ceux-ci ne trouvant pas la vie pénible ne penseraient pas à la mort. Les réponses les plus élaborées sont données par les dépressifs qui manifestent ainsi l'importance attachée à la mort et l'angoisse qu'elle suscite.

A la deuxième question : "pensez-vous à la mort ?

Les hommes semblent se défendre contre la pensée de la mort par refus de la réalité prochaine, d'autant plus vigoureusement qu'ils sont plus âgés. Les femmes ont une attitude plus passive d'acceptation, une attitude plus consciente. Elles sont plus démunies, livrées directement à la perspective non réjouissante de la mort. Parfois elles sont plus préparées et sereines devant la mort (influence du sentiment religieux plus développé chez les femmes que chez les hommes ?)

H - ATTITUDE DU VIEILLARD FACE A SON AGE

Bourget a mis en évidence deux attitudes différentes des vieillards face à leur âge. D'une part le sujet âgé se défend énergiquement contre le soupçon d'être un vieillard dans le sens de l'être diminué.

D'autre part il prend le ton découragé de quelqu'un qui veut être traité comme un vieillard avec tout ce que cela comporte de prérogatives, de compassion, de facilité.

Kafka, cité par Müller, a consacré une étude au problème général de la conscience subjective de l'âge. De 25 à 50 ans, l'attitude affective à l'égard de son propre âge reste longtemps inchangée. Jusqu'à 50 ans l'homme estime qu'il fait partie de la "jeune génération". Il sous-estime son propre âge et surestime celui d'autrui. Vers 50 ans il se produit un changement, il ne fait plus partie de la jeune génération, mais il continue à sous estimer son âge.

Kafka conclut que l'appréciation de son propre âge et de celui d'autrui ne repose pas sur des comparaisons conscientes, mais sur une sorte d'impression personnelle, dans une large mesure indépendante de l'âge objectif.

I - EXPERIENCE DU TEMPS

Le vieillard a l'impression d'une accélération dans l'écoulement du temps. La plupart des auteurs expliquent ce phénomène par la situation particulière de la personne âgée ; seul de Nouy y a vu un changement du rythme physiologique. Pour Müller le tout est de savoir si dans la vieillesse le temps est encore vécu positivement ou s'il ne s'agit plus que de l'enregistrement passif de l'écoulement du temps. "Dans le temps mesuré nous vieillissons ; dans le temps vécu, nous mûrissons". Blum.

L'expérience du temps dépend de la situation et de l'humeur. Les moments vécus comme positifs passent très vite alors que ceux vécus comme négatifs s'écoulent lentement. Ceci est vrai à toutes les périodes de la vie mais le phénomène est accentué chez le vieillard.

Selon Stern, ce sont surtout les vieillards ayant gardé une activité pratique et vivant dans la crainte de ne pas arriver au bout de leur tâche qui ont l'impression d'une accélération du temps (Müller).

Le temps mesuré en pourcentage de la vie paraît beaucoup plus bref pour un vieillard que pour un jeune. "Le temps du vieillard est toujours plus mesuré, une année ne représente plus pour lui que le 1/70ème ou 1/80ème de sa vie, tandis que l'homme jeune a devant lui un avenir infini qui lui semble illimité dans le temps" (Müller).

Bourget note une certaine indifférence à l'écoulement du temps et explique ainsi une partie du déficit mnémonique.

Par ailleurs, chez le vieillard transplanté dans un milieu inconnu on peut assimiler la dégradation et la distorsion du temps à un vécu d'exil.

J - SOMMEIL

Le sommeil est un "baromètre" sensible de l'équilibre psychique. Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de plainte chez les personnes âgées. Elles disent : avoir des difficultés à s'endormir, ou s'éveiller en cours de nuit, ou tout simplement avoir un "mauvais sommeil".

Beck définit l'insomnie comme un raccourcissement de la duré du sommeil habituel (l'insomnie partielle, initiale ou terminale, insomnie totale) ou comme un "mauvais" sommeil, c'est-à-dire entrecoupé de plusieurs phases de veille plus ou moins longues.

L'analyse des troubles du sommeil est particulièrement délicate chez les personnes âgées. Il est bon de faire contrôler la durée de sommeil par le personnel de l'établissement, ou par la famille. Souvent là où des troubles sont allégués on ne retrouve rien d'anormal. Beck fait remarquer la reconnaissance habituelle du sommeil de jour par le vieillard (80 % des cas) et sa tendance à alléguer une insomnie nocturne non constatée par le personnel de veille dans 2/3 des cas chez les valides et dans la quasi totalité chez les grabataires.

Les recherches de Clément et Bourlière confirment l'observation selon laquelle la durée moyenne du sommeil ne varie pas avec la vieillesse. Ils supposent par contre, que la profondeur du sommeil a changé.

"Des examens électroencéphalographiques durant le sommeil (Ridjanovic, Vetter et Böker, Tissot) ont démontré qu'il existe tout de même des différences importantes dans la qualité du sommeil chez les personnes jeunes ou âgées. Vetter et Böker, par exemple, ont trouvé que les femmes âgées mettent plus de temps à s'endormir que les jeunes et qu'elles ne parviennent que rarement à un sommeil profond. (Phase 4 plus souvent absente que dans d'autres groupes d'âge). "Ils ont également noté que les gens âgés passent plus rapidement d'une phase de sommeil à l'autre. Ridjanovic trouve que le premier stade du sommeil est plus court chez le vieillard que chez l'adulte jeune. Il constate également de fréquents réveils non motivés durant la nuit, de même que des passages brusques d'un stade de sommeil à l'autre" Müller.

Chez le vieillard le rythme circadien est souvent troublé. Bastaï et Dogliotti attribuent les nombreux petits sommes dans la journée à la diminution du travail et de l'activité mais surtout aux troubles circulatoires et trophiques des centres nerveux et spécialement des centres hypothalamiques régulateurs du sommeil et de la veille.

Ces brèves périodes de sommeil ou de somnolence pendant le jour diminuent d'autant la longueur du sommeil nocturne. De même, le vieillard se couchant très tôt s'éveille au petit matin. La durée de sommeil est normale mais le vieillard a l'impression de ne pas dormir suffisamment car les horaires pour s'endormir ou s'éveiller communément admis ne sont pas respectés.

Bourget constate des troubles du sommeil surtout chez les dépressifs, les névrotiques, les "nerveux" et les hypomaniaques.

La diminution des heures de sommeil peut être attribuée aux moindres besoins, à la faible dépense d'énergie, au métabolisme ralenti mais aussi à la pollakiurie, aux démangeaisons, aux troubles digestifs, aux douleurs ostéo-articulaires ou artérielles, aux escarres, à la toux de l'insuffisance ventriculaire gauche, à l'anoxie cérébrale, alors que la diminution des intérêts et l'hypoacousie favorisent plutôt le sommeil.

VIII - QUELQUES REFLEXIONS SUR LE VIEILLISSEMENT ET SON DYNAMISME

Notre propos ici n'est pas d'innover mais de citer quelques remarques intéressantes, faites par divers auteurs, qui élargissent la vue que nous pouvons avoir de la vieillesse.

Pour Vallon la vieillesse est une conquête de l'individu. "Les âges de la vie semblent scandés par la fonction sexuelle". Puberté-Ménopause. Dans les espèces animales la mort suit immédiatement l'œuvre de reproduction ; la vieillesse fait défaut. "La vieillesse serait une conquête de l'individu sur l'espèce. A mesure que se compliquent et se diversifient les fonctions qui assurent ses rapports avec le milieu, l'individu prendrait une structure plus indépendante qui lui permettrait de ne pas s'identifier à la reproduction et d'y survivre". (Müller).

Pour Minkowski "la vieillesse est l'âge conduisant l'homme à sa destination biologique. Elle est le temps "qui lui permet d'intégrer la mort, période de stabilité durant laquelle le vieillard peut acquérir la sérénité". Le sujet retiré du monde, voit de loin, c'est-à-dire de haut. ... La vieillesse est le temps de la continuité. Le plus important n'est pas la défaillance des moyens mais la modification de la structure même de la vie intime. Ce n'est pas tant le passé ou l'ancien que la continuité dans son accomplissement humain qui prime maintenant le nouveau".

"L'âge nous donne l'occasion de parfaire notre vie. Le choix d'une carrière, l'exercice d'une profession ont contraint trop de gens à faire taire en eux depuis l'enfance des voix, des rêves, des espoirs où peut-être se cachait le meilleur d'eux-mêmes. La retraite est le temps de l'accomplissement, de l'accueil, de la disponibilité donc de l'ouverture aux autres" (Baguet).

Cependant la société actuelle n'accorde aux vieillards qu'un rôle dévalorisant que nous avons étudié plus haut. Ceci associé à de nouvelles conditions d'existence, à une diminution des revenus, à des fonctions corporelles et psychiques altérées, à la réduction de la durée de vie, leur impose une adaptation difficile.

"La diminution de puissance financière fait ressurgir l'angoisse de castration ainsi que le montre E. Jones dans son livre sur Freud. "L'argent on le sait, devient souvent le symbole des excréments... L'amovibilité de cette baguette, la perte qui s'ensuit, lui (au mâle) fait lier sa représentation à l'idée de castration ... l'avarice, la crainte de la pauvreté en sont des manifestations communes".

Le vieillard doit donc s'adapter à sa nouvelle situation c'est-à-dire trouver un équilibre entre les actions de l'organisme sur le milieu et les actions diverses extérieures. On peut appeler "assimilation" en prenant ce terme dans le sens le plus large, l'action de l'organisme sur les objets qui l'entourent en tant que cette action dépend des conduites antérieures portant sur les mêmes objets ou d'autres analogues. L'assimilation est donc l'incorporation des objets dans les schémas de la conduite, ces schémas n'étant autres que le canevas des actions susceptibles d'être répétées activement. Réciproquement le milieu agit sur l'organisme, et l'on peut désigner cette action inverse sous le terme "d'accomodation" étant entendu que l'être vivant ne subit jamais telle quelle la réaction des corps qui l'environnent, mais qu'elle modifie le cycle assimilateur en l'accomodant à eux... Celà dit, on peut alors définir l'adaptation comme un équilibre entre l'assimilation et l'accomodation ce qui revient donc à dire entre le sujet et les objets" (Piaget).

"L'adaptation au plan de la personnalité nous amène au problème de l'identification tel que Freud en parle dans "Psychologie collective et analyse du Moi". "Tout ce qu'on constate, c'est que le Moi cherche à se rendre semblable à ce qu'il s'est proposé comme modèle". Pour le retraité le modèle est socialement imposé, il est rarement choisi. Cette situation amène un décalage entre "l'idéal du moi" tel que le désire le futur retraité, et le modèle social auquel il doit s'identifier. Cette séparation ne peut selon Freud "être supportée pendant très longremps" : "elle doit subir de temps à autre une régression". Pour faire cesser l'état de tension, l'idéal du moi doit le plus souvent céder la place au modèle social du moi. Devenir retraité implique donc une identification à l'image sociale stéréotypée ou non " (Vaucher).

En ce qui concerne la dynamique du vieillissement deux courants de pensée ont été plus particulièrement reconnus : le courant psychanalytique de Freud et le courant phénoménologique illustré dans le domaine psychobiologique par Kurt Goldstein.

"Freud et ses disciples considèrent la vie psychique comme un champ de forces. La libido, pulsion sexuelle, réserve énergétique, tend à la satisfaction, en vertu du principe du plaisir ; elle constitue le "ça" et agit dans l'inconscient. La satisfaction de la libido se heurte à des obstacles constitués par l'objectivité de la réalité. Cette réalité, sous son aspect contraignant est intériorisée assez rapidement dans l'évolution de l'enfant, formant le "sur-moi", inconscient lui aussi. Le "Moi" qui peut être assimilé à la personnalité consciente est en quelque sorte le lieu des échanges entre l'inconscient et la réalité extérieure. Il incarne la constance de l'individu biopsychologique. Il se défend contre le danger que représenterait l'agression de l'inconscient, particulièrement le surgissement de l'énergie libidinale par des"mécanismes de défense" qui peuvent être extrêmement divers plus ou moins bien intégrés au "Moi". Ils peuvent soutendre des comportements normaux ou pathologiques. Les mécanismes de défense les plus fréquemment utilisés par les personnalités normales sont le refoulement et la sublimation. Chez les personnes dont le Moi est affaibli, les mécanismes de défense peuvent prendre les formes les plus diverses. Anna Freud cite la régression, la formation réactionnelle, l'isolation, l'annulation rétroactive, la projection, l'introjection, le retournement sur soi, le renversement dans le contraire, la négation par le fantasme, l'idéalisation, l'identification à l'agresseur etc... Chez les personnes âgées il semble que les mécanismes de défense utilisés à l'âge adulte perdent leur efficacité : "les défenses laborieusement édifiées notre vie durant, cette vie qui n'est en fin de compte qu'une thérapeutique occupationnelle contre l'angoisse, tombent une à une. Il se produit alors un remaniement de défenses qui ne vas pas sans une recrudescence des manifestations d'angoisse. Pourquoi les défenses deviennent-elles inefficaces à partir d'un certain âge ? On pense d'abord à l'affaiblissement du "Moi" chez celui qui entre dans la sénescence ; la pathologie nous éclaire

sur ce point ; Dedieu-Langlade, étudiant le cas des malades hospitalisés pour la première fois en milieu psychiatrique au cours du 3ème âge affirme que le facteur "baisse des capacités énergétiques" paraît de loin le plus important. Les névrosés sont plus sensibles que d'autres parceque l'équilibre pour subvenir aux besoins vitaux est maintenu au prix d'une grande consommation énergétique en raison de l'importance des forces mises en jeu dans le refoulement. On peut invoquer aussi la diminution des supports objectaux déjà rencontrée dans les dépressions de la sénescence : elle entraîne une fragilité particulière du "Moi" livré à des pulsions n'ayant plus d'objet à investir, l'énergie ayant perdu sa liaison avec les objets, tend à se libérer d'une façon à la fois plus directe et angoissante, ou bien construit des mécanismes : défensifs et les mécanismes préventifs. Parmi les premiers et en s'inspirant de Masserman, ils mentionnent la répression, "inhibition d'impulsions ou de conflits dangereux, afin qu'ils ne soient pas présentés à la conscience comme d'urgents problèmes de la réalité". L'inhibition est aussi pour Lai le mécanisme d'aménagement fondamental ; elle donne au déficit mnémonique du vieillard une dimension nouvelle : elle correspond au moyen préconisé par Platon qui cherche "un remède à l'austérité de la vieillesse, de façon à nous rajeunir, à faire que l'oubli de ce qui afflige le vieillard, enlève à son âme la rudesse qui la caractérise". Quant à la suppression, elle permet d'anéantir ce qui peut produire l'angoisse, elle utilise les alibis moraux, les rationalisations. La "dénégation de la réalité" est un mécanisme de défense, conduisant le vieillard à l'autisme par la négation des aspects communément admis des choses. Un autre mécanisme défensif est constitué par le refus de la mort, l'idée de l'immortalité sociale ou métaphysique sinon physique ; à ce propos, on peut citer l'allocution de l'auteur de 80 ans rapportée par Abraham et déjà exposée plus haut.

Abraham souligne que le lapsus n'a pas été relevé ni par le correcteur, ni par les lecteurs du journal, ce qui montre à quel point beaucoup de gens sympathisent inconsciemment avec ce désir d'immortalité. L'agressivité peut être interprétée comme une "fuite en avant" pour échapper à l'angoisse de la mort, présente, quoique refoulée dans l'inconscient. Parmi les mécanismes de type préventif,

on peut citer d'abord le rétrécissement du cadre de vie, par la limitation du logement, des relations, par la monotomie du rythme de vie, des activités, par le refus de tout changement. Un autre moyen , préventif est le misonéisme, car le nouveau ne peut être intégré ni produit. La tendance à la systématisation, à la rigidité, permet le maintien d'un monde stable et à ce titre est un mécanisme préventif de défense contre l'angoisse. Il en est de même de la régression vers un niveau inférieur d'intégration, il s'agit du déplacement de la libido vers son versant narcissique à la suite du désinvestissement des objets, la régression anale correspond à l'avarice, au collectionnisme, à l'hypocondrie à la crainte de castration, la régression orale s'exprime plutôt par la dépendance, la gourmandise, l'exigence d'affection, la jalousie etc...Ces mécanismes tant défensifs que préventifs sont la réponse du vieillard à la nouvelle situation amenée par le climatère, plus fréquemment que chez l'adulte, ils ont un caractère pathologique ; cela explique la recrudescence de la maladie mentale à partir de la 50ème année, et l'importance des troubles mentaux chez les personnes âgées. En contrepartie, il semble que le grand âge (après 75 ans) soit un âge d'équilibre, les défenses se restructurent vraisemblablement grâce à la diminution de l'énergie libidinale, le sur-moi prend une nouvelle dimension grace à l'attitude du milieu culturel qui permet un affranchissement des exigences" (Bourget).

Dans "psychologie du vieillissement" Müller cite l'étude de Jelgersma qui en 1931 a analysé la défaillance de mémoire des déments séniles par rapport à leur dynamisme pulsionnel. "En rendant compte de ses explorations, il montre que la pensée inspirée par le désir joue un rôle essentiel dans le cadre du syndrome amnestique. Des choses désagréables sont réprimées dans la confabulation. Certes, les confabulations du vieillard résultent de son incapacité de réaliser le temps et le lieu. Le contenu de la confabulation, par contre, est déterminé par des désirs inconscients. En examinant la faculté d'attention, on s'aperçoit assez fréquemment que les mots ayant un contenu affectif pénible sont plus rapidement oubliés que les autres. La pensée des personnes séniles est davantage régie par le principe du plaisir et du déplaisir . Le vieillard sénile tente de nier son invalidité, sa dépendance et sa faiblesse. Son égocentrisme est étroitement lié au narcissisme

qui apparaît renforcé chez le vieillard par son éloignement de l'objet. Le sénile n'est plus guère bouleversé par la perte d'être proches, tandis que la nourriture, le tabac, le sommeil et l'évacuation ont pris la plus grande importance pour lui" (Müller).

"Pour Freud, et ses disciples la vie de l'inconscient paraît être dominée par l'instinct et cela de telle sorte qu'il s'agit pour la tension que représente l'instinct de trouver une détente. Cette dernière constitue d'ailleurs la caractéristique, le but de l'instinct sexuel : le plaisir. Le fait que ce soit la détente qui importe montre clairement le phénomène tel que l'envisage Freud comme un phénomène qui se déroule dans une partie isolée du système. Ce qui amène nécessairement la conception suivante : le but est la détente complète, la mort, la décomposition dans l'inorganique. Freud ne rend pas justice aux aspects positifs de la vie, pour lui, ce qui importe avant tout, c'est d'empêcher toute forme de débat entre l'organisme et le monde et de provoquer uniquement la détente. Il ne connaît que le plaisir de la détente, non pas le plaisir de la tension. (Cette sévère critique de Freud est faite par Goldstein)...

L'instinct de mort est de première importance en ce qui concerne le vieillissement. Le vieillissement est-il la manifestation d'une tendance au repos ou au contraire d'une tendance à la vie malgré l'accumulation des obstacles ?

Pour Goldstein, la structuration du monde n'est pas un produit de l'angoisse, celle-ci est un moteur, mais elle ne pourra jamais permettre de "déterminer le contenu de l'"agir". Le normal est celui chez qui le choc avec le monde se résoud "non par l'angoisse mais par la joie de surmonter la difficulté. Le blessé du cerveau supporte très peu l'angoisse : "... les blessés du cerveau dont on peut caractériser la lésion comme une perte de la catégorie du possible, comme une perte de liberté, se trouvent tout à fait désarmés devant la situation d'angoisse". La sénescence représente le plus bel exemple de cette amputation diffuse, de cette diminution globale des potentialités cérébrales, dont parle Goldstein à propos des

"amputés cérébraux post traumatiques". Ce comportement du vieillard est un exemple très caractéristique de la transformation du milieu pour éviter l'affrontement de situations de catastrophe. Ils ressemblent souvent à des malades qui "évitent autant que possible toutes les situations dans lesquelles pourraient se produire des réactions catastrophiques". Ainsi le vieillard utilise lui aussi ces "opérations substituées, stéréotypées, qui sont l'inverse d'un acte créateur. Lui aussi réduit son milieu de façon à en faire un espace qu'il est capable de maîtriser. "Sans doute dans cet état, la tendance à la conservation est le seul grand moyen de continuer à exister". Considéré dans cette perspective, le vieillissement apparaît comme un phénomène global intéressant à la fois la sphère du savoir et celle du vécu. La baisse des fonctions intellectuelles et l'altération de la vie affective sont les deux aspects d'une même totalité, l'attitude du vieillard est caractérisée par la perte "du comportement catégorial", l'impossibilité "de dépasser la sphère du "réel-actuel" pour celle du simple "possible", la perte de la capacité de surmonter l'angoisse en créant un monde ordonné" (Bourget).

En conclusion Bourget ajoute que pour Goldstein il y aurait une tendance de l'homme à la création, à la liberté, tendance qui serait précisément en voie d'extinction chez le vieillard, ce qui expliquerait des difficultés d'adaptation ; d'autre part, sa recherche est marquée d'emblée par son caractère synthétique : la vie affective n'est pas privilégiée par rapport aux mécanismes intellectuels, et ceux-ci ne peuvent être considérés sans références à la totalité "organisme-milieu". D'ailleurs la solidarité de ces deux domaines n'est pas nouvelle : le vide affectif entraîne une baisse des fonctions du moi et de sa capacité de structuration ; inversement, la baisse des facultés intellectuelles accentue la solitude et éventuellement les troubles mentaux" (Bourget).

VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE

I - TROUBLES PSYCHOGENES - ETATS LIMITES

Nous avons vu déjà l'affaissement qu'apporte la vieillesse aux troubles préexistants. Müller constate chez ses malades une diminution assez fréquente et même une régression des troubles névrotiques aigus avec acquisition d'un nouvel état d'équilibre. Il n'y a pas disparition complète mais perte importante de l'intensité. "Parallèlement on observe parfois une maturation et un apaisement des personnalités névrosées dans la vieillesse". Cependant il ne s'agit pas d'une règle absolue.

"Sans généralisation excessive, on peut certainement affirmer que sa situation particulière oblige le vieillard, indépendamment des "coups du sort" qui peuvent encore s'y ajouter, à lutter contre des sentiments de frustation, de dévalorisation, d'inutilité, d'angoisse et d'insécurité existentielle radicale.

Plusieurs auteurs (par exemple Linden, Cameron Massermann, Smirnoff, Goldfarb, Canestrari) ont démontré, au cours de ces dernières années, comment ces situations de tension, se traduisent, avec transition imperceptible de la psychologie normale à la pathologie, par des attitudes de défense, par un conservatisme accentué, par la rigidité, l'anxiété et la prudence, par des tendances paranoïdes, dépressives, hypocondriaques et obsessionnelles, mais aussi

par l'irritabilité allant jusqu'aux éclats agressifs, aux déviations sexuelles, à la brusque décompensation psychotique ou confusionnelle" (Müller).

Pour Balier "il est important de rapporter toute la symptomatologie névrotique que nous avons évoquée, à ces modifications profondes de la personnalité, pour bien comprendre que ce sont les conflits internes qui sont en cause, c'est-à-dire, des contradictions entre deux formes du psychisme et non, comme on le croit trop souvent, ou bien un aspect du déficit de la personnalité, ou bien des conséquences directes de modifications de l'environnement. De là, la grande confusion qui existe lorsqu'on parle de la personnalité du sujet âgé, le "psychologue" étant le plus souvent absorbé par le "social". C'est qu'en effet, il est plus tentant car plus simple, d'attribuer toutes les difficultés des vieillards à des circonstances extérieures : le manque de ressources, l'arrêt de travail, le rejet par la famille, le veuvage, la ségrégation par la société etc...

S'il est bien entendu évident que ces traumatismes jouent un rôle, il ne suffit pas toujours de les faire disparaître, quand cela est possible, pour que les troubles qui sont nés à cette occasion disparaissent.

Le plus souvent d'ailleurs, comme ces circonstances extérieures ne peuvent être modifiées, il est encore plus fâcheux de rapporter des troubles à une cause sur laquelle on ne pourra rien. En fait, nous pensons que ce qui se passe généralement c'est un phénomène de résonance entre les conflits internes de la personne âgée et les difficultés auxquelles elle se trouve confrontée. Par exemple : le sentiment d'inutilité donné par la cessation d'une activité professionnelle, s'accorde avec l'angoisse latente de castration, c'est-à-dire de diminution de la puissance que portait le sujet en lui " (Balier).

Quant à la fréquence de ces troubles psychoréactifs et névrotiques, Müller nous en donne un aperçu en citant les résultats de quelques auteurs : Busse en a trouvé chez 25 % des personnes hospitalisées examinées, Roth et Kay chez 17 %, Nielsen chez 6,8 %, Birren chez 28 %. Ces chiffres sont très variables. "Les chiffres cités par la plupart des auteurs et oscillant entre 1/3 et 1/4 peuvent cependant nous servir de points de repère".

La limite entre le normal et le pathologique est très difficile à tracer dans la sénescence. Les mécanismes de défense contre l'angoisse et des sentiments d'insécurité "tels que la prudence accrue, la rigidité, le conservatisme excessif, le rappel fantasmatique du passé, la ritualisation plus ou moins accentuée de la vie etc... ont un caractère névrotique. Ces mécanismes qui peuvent exister chez les sujets plus jeunes deviennent fréquents dans la deuxième moitié de la vie. "De ce fait, on pourrait parler d'une certaine "névrotisation normale" dans la vieillesse. La transition d'un état plus ou moins "normal" à la maladie est surtout une question d'intensité et de répercussions sur l'adaptation générale" (Müller).

Ces états névrotiques du vieillard passent volontiers inaperçus car ce n'est pas une inadaptation foncière qui se manifeste mais "un isolement social", un certain pessimisme devant l'existence, une passivité, des plaintes concernant un état somatique déficient" (Balier).

De même, les plaintes concernant des pertes de mémoire discrètes peuvent cacher un état dépressif. Balier ajoute qu'"il est bon de faire une place à part aux phobies qui nous paraissent particulièrement fréquentes et d'autant plus trompeuses que le sujet allègue des difficultés réelles pour les masquer : la peur de traverser une rue, de descendre un escalier, sont présentées comme des difficultés à se mouvoir et permettent ainsi à la personne âgée de ne plus sortir de chez elle avec de bons motifs, alors qu'en réalité, ce sont là, traduction d'angoisse et recherche de sécurité".

Les obsessions elles aussi ont leurs manifestations mineures : recherche excessive de la propreté, de l'ordre etc... Balier affirme que "les grandes réactions hystériques sont plus courantes qu'on ne le croit ; elles sont destinées à attirer l'attention de l'entourage, mais il ne faudrait pas méconnaître la part réelle d'anxiété qu'elles contiennent. Peut-être doit-on en rapprocher ce que certains auteurs ont appelé des états régressifs aigus : à la suite d'une contrariété ou d'un conflit avec l'entourage, le vieillard se couche, refuse de manger, se montre complètement désorienté, recourt au gâtisme, et peut donner ainsi l'illusion d'un état déficitaire grave, alors que la récupération totale peut se faire très rapidement".

"Mais les deux manifestations que nous rencontrons le plus fréquemment et qui sont d'ailleurs très souvent associées, sont les états dépressifs et les manifestations hypocondriaques. Lorsqu'un vieillard se trouve en difficulté il est bien rare, en effet, qu'il ne nous aborde pas en nous parlant de son corps qui ne lui donne plus satisfaction (...).

Les auteurs notent que le système le plus en cause est le système digestif avec tout son cortège de maux d'estomac, d'inappétence, de troubles intestinaux, de mauvais fonctionnement du foie, etc... C'est qu'en effet, l'alimentation a pris une importance particulière chez les vieillards au détriment d'autres fonctions, peut-être des fonctions sexuelles comme le pensent les psychanalistes. De toute façon, il est bien certain qu'il s'agit là d'un état de régression où la sphère de la nourriture a pris, comme chez l'enfant, une importance singulière. Toutes ces plaintes hypocondriaques sont largement utilisées par le vieillard pour tirer des avantages affectifs ; il attire ainsi sur lui l'attention alors qu'il se croyait abandonné, ou bien, comme c'est souvent le cas en milieu familial et collectif, il exerce une domination tyrannique, exigeant des régimes spéciaux, des soins de tous les instants" (Balier).

De même, le malade tire des bénéfices secondaires d'une dépression en attirant l'attention de son entourage par l'évocation de sa disparition.

Il est difficile d'adopter une attitude adéquate à de tels malades.

La neurasthénie, association d'éléments dépressifs et de préoccupations concernant le fonctionnement des organes, dominée par un sentiment de fatigue perpétuelle, pose, elle aussi, de délicats problèmes au médecin. Il est difficile de déterminer ce qui revient réellement à un dysfonctionnement organique. Le réflexe médical est de rechercher une cause organique à cette fatigue. Mais les divers examens renforcent l'impression du patient de porter une lésion que l'on n'arrive pas à déceler, et ne font qu'accroître son angoisse.

Si la limite entre la normalité et la névrose est difficile à établir, il en est de même entre les troubles névrotiques et les psychoses.

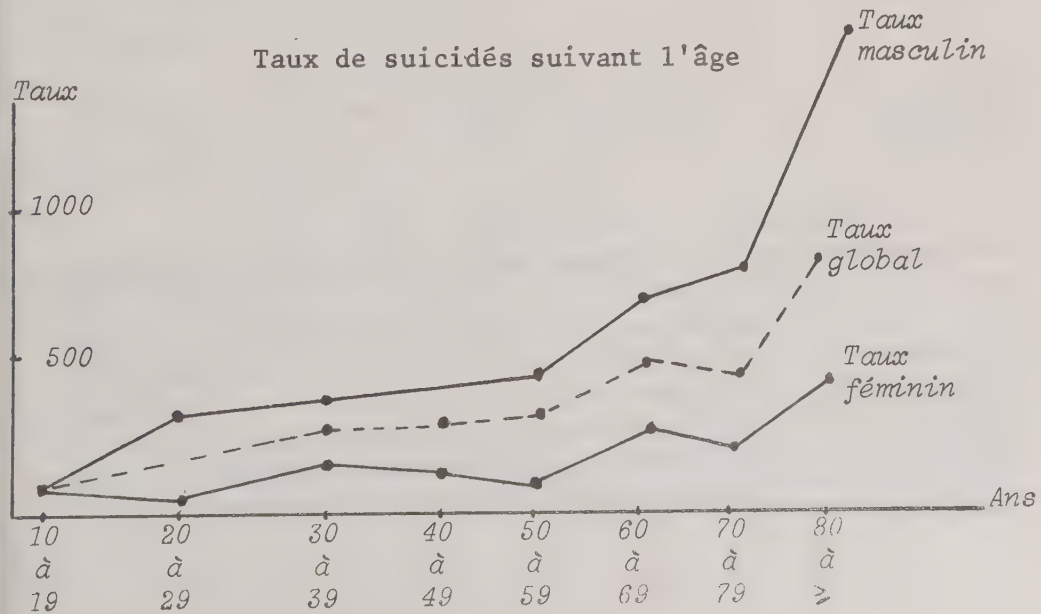
C'est ainsi qu'une humeur dépressive manifestée par des plaintes, des craintes, de l'autoaccusation, parfois des critiques vives à l'égard de l'entourage peut masquer une névrose ou une psychose paranoïaque.

Limite incertaine également entre sénescence et sénilité qui sont des manifestations plus ou moins accusées d'un même processus dégénératif. "Les formes légères de déficit intellectuel chez les personnes âgées sont extrêmement répandues. On ne sait pas au juste si ces états représentent les 1ers stades d'une détérioration progressive menant à une démence sénile ou s'il s'agit d'un état plus bénin peut être stationnaire" Bourget.

II - SUICIDE

Le suicide du vieillard est un grave problème. Il est beaucoup plus fréquent que dans les autres groupes d'âge comme l'expose bien le tableau de Lempérière et Jullien (1972).

Taux de suicidés suivant l'âge



Ces auteurs font remarquer que depuis une dizaine d'années, on assiste dans divers pays (U.S.A., Angleterre) à une diminution de la disparité de fréquence du suicide selon le sexe ceci étant dû à la fois :

- à la stabilisation, voire à la réduction importante du taux des suicides chez l'homme âgé que l'on met volontiers en relation avec l'amélioration des mesures socioéconomiques.
- à l'augmentation sensible du taux de suicides chez la femme, à tous les âges et en particulier pendant la vieillesse.
- Müller a publié un tableau représentant les suicide par 100 000 habitants selon l'âge et le sexe dans 5 pays d'après l'annuaire démographique de 1957 des Nations Unies.

Pays	*Hommes*		*Femmes*	
	45-64 ans	*65 et plus*	*45-64 ans*	*65 et plus*
France	49,2	71,0	13,9	18,4
Pays Bas	15,5	32,3	10,5	15,0
Suède	52,3	57,3	14,7	12,5
Grande Bretagne	25,7	43,5	16,7	17,4
Allemagne de l'Ouest	45,9	51,1	21,9	22,5

Il existe une corrélation entre suicide et isolement social : il est plus fréquent chez les célibataires, les divorcés et les veufs que chez les couples mariés bien que les suicides à deux ne soient pas rares. Les hommes ont tendance à se suicider dans les deux ans qui suivent le veuvage. Pour les femmes la perte du conjoint semble moins suicidogène.

L'importance de l'obédience religieuse dans la vieillesse est un agent modérateur dans le suicide. Elle empêche le passage à l'acte en réactivant les interdits. "Outre le secours moral qu'elle procure et l'espérance qu'elle entretient, la religion favorise grâce aux pratiques collectives qu'elle entraîne, une intégration satisfaisante de ses adeptes dans une communauté sociale unifiée". (Lempérière-Julien).

Bourget note une action favorisante des troubles mentaux préexistants : au moment du suicide 1/3 des sujets seraient déprimés. Pour Batchelor et Nappier, 50 à 60 % des suicidés présenteraient un état dépressif, 15 à 20 % une détérioration et seulement 10 % une atteinte démentielle véritable.

Dans le déterminisme suicidaire, les affections incurables et douloureuses, les infirmités, ont une part non négligeable mais ce sont les situations conflictuelles, les difficultés matérielles, les facteurs sociaux, et la crise existentielle que nous avons examinés longuement dans des pages précédentes qui jouent le rôle primordial.

"En fait, la disparition volontaire du sujet âgé vient essentiellement de sa double position : individuelle dans la chronologie d'une vie qui s'achève et sociale, parmi une collectivité où il ne trouve plus sa place" (Lempérière et Julien).

La volonté d'aboutir est évidente. Le vieillard prépare longuement et minutieusement son suicide et choisit de préférence des moyens radicaux (armes à feu, pendaison, noyade).

Il existe cependant des suicides masqués. "A côté de la forme active d'une expression gestuelle impulsive ou préméditée, le recours suicidaire peut encore adopter le faux semblant d'une conduite anorexique ou d'un abandon au gatisme" (Lempérière et Julien).

Sans être obsédé par l'éventualité du suicide il est bon d'être prudent en cette matière. "Si les sentiments d'indignité sont de plus en plus clairement énoncés, si les ruminations tournent autour de thèmes stéréotypés,

si les phrases concernant la tristesse sont de plus en plus pauvres et si le sujet se concentre de plus en plus sur sa douleur morale, insensible aux sollicitations de l'extérieur, on devra se méfier d'autant plus d'une possibilité de suicide". (Balier).

III - SEXUALITE

L'image est communément répandue du vieillard frigide, cependant il est fréquent qu'il conserve une activité sexuelle normale jusque dans un âge avancé. Balier cite le cas d'hommes de 90 ans capables d'avoir plusieurs rapports sexuels par semaine. Le plus souvent l'appétit sexuel subsiste alors que la puissance diminue. L'impuissance n'est pas uniquement un signe de vieillissement ; elle peut être le symptôme d'un trouble névrotique en relation avec un conflit affectif.

L'angoisse créée par le vieillissement peut réactiver des déviations antérieures chez des sujets qui paraissent jusqu'alors parfaitement équilibrés. "Mais beaucoup plus fréquemment et plus simplement, les troubles sexuels s'avèrent être l'expression des phénomènes de réassurance devant des difficultés en relation avec le vieillissement, difficultés d'ordre biologique, car on ne peut nier que comme toutes les autres fonctions il y ait un ralentissement, mais il ne faudrait pas non plus exagérer l'importance du vieillissement. D'autres fois, il s'agit de difficultés en relation avec la situation sociale, l'isolement, ou plus simplement en relation avec la disparition du partenaire ou la difficulté d'en trouver un. L'impuissance et la frigidité sont les manifestations les plus banales. Mais elles sont associées parfois à d'autres, plus génantes sur le plan social, tel l'exhibitionnisme qui est une façon de se rassurer sur la vitalité d'un organe défaillant" (Balier).

Le vieillard est sujet à des impulsions érotiques, violentes, soudaines, irrésistibles. Le passage à l'acte se fait d'autant plus facilement que l'organisation des résistances de la personnalité est affaiblie. Avec le

progrès de la démence sénile, le délit sexuel est un "simple acte impulsif ne nécessitant pas de réflexions compliquées " (Müller).

Les déviations sexuelles les plus couramment rencontrées sont l'homoxexualité et la pédophilie qui "consiste avant tout en attouchements indécents sur de petits enfants, parfois en essais de relations sexuelles ou des masturbation mutuelle" (Müller).

Müller rappelle que "le vieillard, facilement influençable, devient parfois la victime de petites exploiteuses raffinées, qui visent consciemment les cadeaux. Pour tous les délits de mœurs commis dans l'âge avancé, surtout quand il s'agit d'un premier délit, la nécessité d'une expertise psychiatrique nous semble évidente".

IV - DELINQUANCE

Outre le délit de mœurs, délit type de la sénescence, on trouve très fréquemment des troubles de l'ordre public (tapage nocturne par exemple).

Les fugues, les voies de faits, les révoltes sont des réactions d'inadaptation. Le vol est souvent une "manière infantile de se procurer un objet qui a passagèrement éveillé l'intérêt" (Müller).

Quant à l'escroquerie "on la rencontre souvent chez des personnes âgées habituées à manier de l'argent mais qui, avec l'âge ont perdu la vue d'ensemble et cherchent à compenser un manque d'argent de manière frauduleuse en commettant un acte court-circuitaire" (Müller).

Des délits moindres consistent à dissimuler des petits revenus accessoires et réclamer des subsides qui ne leur sont pas dus ; ils peuvent être expliqués en partie par des revenus financiers limités, en partie par la perte de finesse du raisonnement.

La toxicomanie dans l'âge avancé est rarement mise en lumière mais constitue cependant un problème digne d'intérêt. Elle concerne essentiellement l'alcool et les médicaments.

Des femmes et des buveurs occasionnels ne deviennent de vrais alcooliques qu'à la fin de leur vie. Cette tendance est surtout nette en milieu d'hospice. L'alcool devient un refuge face aux problèmes de l'âge. Cet alcoolisme du 3ème âge aggrave bien entendu le processus de vieillissement.

Quant à la toxicomanie à proprement parler, elle est d'une ampleur très faible par rapport à d'autres périodes de la vie. D'après Pescors, 0,5 % des malades seulement auraient débuté leur toxicomanie après 60 ans. Mais il existe des formes frustes beaucoup plus fréquentes, une pharmacomanie. Le vieillard a parfois tendance à une surconsommation médicamenteuse, pas toujours justifiée. Elle concerne les barbituriques, les médicaments "pour dormir", "pour le cœur", les préparations auxquelles le malade accorde des vertues stimulantes (aspirine, aspirine vitaminée) et les analgésiques.

Petit à petit le malade s'habitue à ces médicaments qu'il juge indispensables et progressivement augmente les doses. Il lui semble qu'il ne pourrait plus vivre ou tout au moins qu'il tomberait malade si on venait à les lui supprimer. Ils sont en quelque sorte une assurance contre le vieillissement et la mort. C'est un soutien moral plus que physique, mais cet abus de médicaments conduit parfois à des désordres organiques (anoxie, ulcères...).

V - PATHOLOGIE PROPREMENT DITE : GENERALITES

.. Le dépistage précoce de la pathologie mentale des vieillards est rarement réalisé. En effet la plus grande partie des troubles de la vieillesse passent inaperçus tant qu'ils n'ont pas atteint un stade assez avancé. La plupart du temps ces malades ne demandent pas l'assistance médicale et quand, par hasard ils vont chez leur médecin, celui-ci n'ayant pas reçu une formation adéquate, ne décèle pas la maladie dès les premiers symptômes.

.. L'OMS définit une population à haut risque qui comporte : les sujets très âgés, les malades physiques, les infirmes, aveugles, sourds, les personnes qui ont récemment reçu des soins médicaux ou psychiatriques et celles qui vivent seules en particulier après un deuil.

Pour la démence sénile il existerait un facteur héréditaire prédisposant. D'après un rapport de l'OMS, elle serait déterminée par un gêne autosomique majeur dominant, à pénétrance partielle. La démence sénile serait qualitativement distincte de la sénescence ordinaire et il serait raisonnable de supposer que c'est un enzyme spécifique ou un défaut biochimique qui en détermine l'apparition.

.. Nous n'aborderons pas en détails la géronto-psychiatrie qui est un domaine très vaste, nous n'en voulons pour preuve que la classification qu'en donne l'OMS.

1. *PSYCHOSES ATROPHIQUES*

   a) Syndrome psychoorganique (discret)

   b) Démence sénile moyenne

   c) Démence sénile profonde

2. *PSYCHOSES ARTERIOSCLEREUSES ET AUTRES MALADIES CEREBROVASCUIAIRES*

   a) Syndrome psychoorganique discret

   b) Syndrome psychoorganique moyen

   c) Syndrome psychoorganique profond.

3. *ETATS CONFUSIONNELS AIGUS*

4. *DEMENCES PRESENILES*

   a) Syndrome d'Alzheimer

   b) Maladie de Pick

5. *PSYCHOSES AFFECTIVES*

   a) Dépression tardive

   b) Manie tardive

6. *SCHIZOPHRENIE*

7. *PARAPHRENIE*

8. *NEVROSES* (réactions psychogènes aiguës, dépression réactionnelle).

9. *MODIFICATIONS DE LA PERSONNALITE APPARAISSANT DANS LA VIEILLESSE*

"Les problèmes nosologiques sont plus difficiles à résoudre en psychiatrie que dans les autres branches de la médecine. Il n'est pas encore possible d'incorporer les critères descriptifs, étiologiques et évolutifs dans une seule classification.

En gérontopsychiatrie, la situation se trouve compliquée par l'action de plusieurs facteurs :

1) Souvent divers stades pathologiques se trouvent superposés

2) Il est difficile d'établir des normes d'évolution en raison du taux élevé de mortalité.

3) L'étiologie des troubles mentaux de la vieillesse est encore assez mal connue".

(OMS)

Il faut se garder de diviser les troubles mentaux de la vieillesse en troubles psychoorganiques et fonctionnels car les deux symptomatologies se superposent. Les premiers déterminent l'évolution et la mortalité, les seconds, les effets thérapeutiques.

.. L'âge a un effet apaisant sur les troubles psychiatriques préexistants. "En effet, le vieillissement semble apporter une amélioration bénéfique aux troubles antérieurement constatés pendant la vie adulte peut-être par l'action conjuguée de la détérioration, induisant une plus grande apathie et une moindre sthénicité symptomatique et de la régression dans une dépendance plus marquée à l'égard du milieu...

L'impact de la sénescence parvient, dans de nombreux cas, à lénifier ces poussées caractérielles explosives sous l'effet combiné du déficit psychoorganique et de la désafférention des pulsions libidinales" (Balier).

.. La symptomatologie en géronto psychiatrie est influencée et peut même être déclenchée par les stress les plus divers, qu'ils soient une atteinte à l'intégrité organique ou psychique. C'est en agissant sur le stress qu'on est en droit d'espérer une réaction favorable.

Pour l'OMS, les principales causes d'états délirants seraient :

1) Défaillance cardiaque, les affections chroniques des voies respiratoires, les interventions chirurgicales (génito-urinaires,ophtalmiques), les déshydratations, les troubles de l'équilibre hydroélectrolytique, les anémies, les processus malins, l'alcoolisme, les carences vitaminiques et nutritionnelles.

2) Les troubles émotionnels aigus, les psychoses fonctionnelles. De même des états confusionnels passagers peuvent se constituer à la suite d'une maladie physique ou d'une opération ou être la réaction à une ambiance inconnue et peut-être effrayante (OMS).

La démence d'après Bourget serait la perte du seul îlot restant sous l'influence du temps, d'un choc physique ou de l'ennui.

On peut également attribuer à l'ennui et au manque de contact avec les proches l'accentuation des troubles des malades hospitalisés par rapport à ceux qui sont restés dans leur famille.

Les vieillards vivant en institution présentent une sénilité plus accusée et plus fréquente que ceux vivants chez eux. (Ils obtiennent un protocole sénile au Rorschach, et de mauvais résultats au Benton dans les travaux de Bourget). La vie en institution serait la cause de l'accentuation de la baisse des performances, par chronicisation, absence d'occupation et d'initiative, dans l'abandon à la chaleur maternelle de l'hospice.

OBSERVATIONS

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, nos observations, portant sur un nombre limité de malades (12 femmes réparties en 3 chambres de 4), ne seront qu'une illustration à notre propos antérieur et un modeste apport supplémentaire en matière de pathologie.

Pour chacun de nos malades nous avons abordé le côté organique, motif de l'hospitalisation, et ensuite nous nous sommes intéressée à leur psychologie. Les tests n'ont été réalisés qu'à la fin de notre étude, après avoir fait plus ample connaissance avec chacune d'elles. Nous avons ainsi trouvé moins de réticence et d'appréhension.

La première série de tests est verbale et simplifiée. Ils consistent en tests d'information, de compréhension et tests de mémoire.

I. TESTS D'INFORMATION GENERALE.

1° Information d'ordre personnel.

- Quel est votre âge ?
- Quel jour sommes-nous ?
- Où êtes-vous ?
- Quelle est votre profession ?

2° Information d'ordre extérieur.

En prenant les questions de WELSCHSLER-BELLEVUE, mais en s'en tenant aux 7 premières.

- Qui est le président de la République Française ? (question d'essai)

1. Quelles sont les couleurs du drapeau français ?
2. Quelle est la date de Noël ?
3. Combien y a-t-il de livres dans un kilo ?
4. Quel est le jour de la fête du travail ?
5. Où se trouve Londres ?
6. Combien y a-t-il de semaines dans l'année ?
7. Quelle est la plus haute montagne de France ?

II. TEST DE COMPREHENSION GENERALE.

1. Que faut-il faire si vous trouvez dans la rue une enveloppe fermée portant une adresse et un timbre neuf ?
2. Pourquoi faut-il éviter les mauvaises fréquentations ?
3. Pourquoi devons-nous faire des économies ?
4. Que devez-vous faire si un de vos bons amis vous demande quelque chose que vous n'avez pas ?
5. Que feriez-vous si, étant dans une salle de cinéma, vous étiez la première personne à vous apercevoir qu'il y a le feu ?
6. Si vous étiez perdu pendant le jour dans une forêt ou dans les bois, comment feriez-vous pour retrouver votre chemin ?
7. Pourquoi fait-on des souliers en cuir ?

III. TEST DE MEMOIRE.

Ordre direct.

Lors de l'épreuve initiale	Lors de l'épreuve terminale
5 - 8 - 2	6 - 9 - 4
6 - 4 - 3 - 9	7 - 2 - 8 - 6
4 - 2 - 7 - 3 - 1	4 - 1 - 7 - 9 - 3
6 - 1 - 9 - 4 - 7 - 3	3 - 9 - 2 - 4 - 8 - 6
5 - 9 - 1 - 7 - 4 - 2 - 8	4 - 1 - 7 - 9 - 3 - 8 - 6

Ordre inverse.

6 - 2 - 9	4 - 1 - 5
3 - 2 - 7 - 9	4 - 9 - 6 - 8
1 - 5 - 2 - 8 - 6	6 - 1 - 8 - 4 - 3
5 - 3 - 9 - 4 - 1 - 8	7 - 2 - 4 - 8 - 5 - 6

Ces tests très simplifiés ne permettent qu'une approche grossière mais souvent suffisante en milieu gériatrique hospitalier où les sujets sont fréquemment détériorés. Le sujet, confronté à des problèmes précis, ne peut plus dissimuler sa détérioration comme dans une conversation. Le médecin peut avoir rapidement une idée de grandeur de la baisse d'efficience. Des questions plus élaborées ne feraient qu'accroître le désarroi du malade et aboutiraient rapidement à un refus de poursuivre l'épreuve.

Du fait de la brièveté du questionnaire les malades soutiennent en général leur attention jusqu'à la fin. Ceci est un gros avantage chez les personnes âgées lentes, fatiguées et peu intéressées par ce qu'on leur propose.

Sur les 12 femmes examinées, 9 ont pu être testées. Les 3 autres n'ont pas pu l'être du fait d'aphasie, psychose ou désintérêt.

En deuxième lieu nous avons employé le test de rétention visuelle de BENTON.

Aux malades qui pouvaient dessiner, nous avons proposé les planches C. Nous les avons montré 10 secondes et faites reproduire immédiatement de mémoire (Forme C administration A).

Pour les malades grabataires ou handicapées moteurs, nous avons employé le test de BENTON par choix

multiple. Nous avons montré aux malades les planches de la série F dans les mêmes conditions qu'aux malades valides : 10 secondes d'exposition et choix immédiat de mémoire (Forme F, Administration M).

Sur 12 malades :

- 4 seulement ont pu satisfaire à la forme C
- 1 femme n'a pu achever (Forme C) du fait de douleurs violentes)
- 4 ont été testées par choix multiple (Forme F) car grabataires ou hémiplégiques
- 1 malade ne pouvait ni dessiner, ni distinguer visuellement les planches F
- 2 autres n'ont pu être testées du fait pour l'une de sa psychose, pour l'autre de son indifférence à tout ce qui l'entoure.

La plupart des malades ont trouvé ces tests divertissants au début. Les tests verbaux ont été en général bien acceptés et achevés sans trop de peine. Le test de BENTON a paru trop long et à partir de la 4e planche les malades ont manifesté des signes d'agacement et de fatigue.

Chaque fois les sujets ont montré leur crainte de ne pas réussir les tests et de mettre en évidence leur baisse d'efficience.

Les malades dans leur majorité refusent de se soumettre une 2e fois aux épreuves.

Les échelles de comportement, utilisées à la fin de nos entretiens, nous ont donné quelques difficultés.

L'échelle de FERGUS FALLS n'a pas été retenue, étant mal adaptée aux malades invalides et incontinents. Il faudrait trop souvent extrapoler pour donner une notation très subjective.

Quant à l'échelle de NYMAN nous l'avons également laissée de côté, la plupart de nos sujets étant trop séniles pour qu'elle leur soit applicable.

Seule l'échelle du Professeur HUGONOT, plus grossière, nous a paru adaptée à notre échantillonnage, bien qu'elle ait été conçue pour des personnes non hospitalisées. Pour cette raison nous avons modifié légèrement la notation en ce qui concerne l'espace social :

- conserve une activité importante : 10
- garde un rôle animateur à l'extérieur de l'hôpital : 9
- participe à des activités extérieures : 8
- sort dans le quartier : 7
- va dans sa famille ou chez des amis : 6
- a un rôle animateur ou actif dans l'hôpital : 5
- fréquente le foyer, le club de l'hôpital : 4
- ne quitte pas le service : 3
- ne quitte pas le couloir devant sa chambre : 2
- ne quitte pas sa chambre : 1
- ne quitte pas son lit : 0.

Cette notation détaillée pour les faibles activités sociales grossit les notes de 3 à 7. La progression n'est pas linéaire, elle subit un infléchissement net pour les notes 8 - 9 - 10, mais dans le cas particulier des vieillards hospitalisés, surtout lorsque l'établissement hospitalier est isolé en campagne comme c'est notre cas, les notes 8 - 9 - 10 ne se trouvent qu'exceptionnellement. Cet inconvénient nous a paru largement compensé par la possibilité offerte de comparer nos malades entre elles.

CHAMBRE A.

. *Observation n° 1.*

Madame B_D, épicière, 82 ans, veuve, 1 fille vivante. A son entrée en mai 1973 elle ne savait pas qui l'avait hospitalisée ici, ni pourquoi. Elle était consciente mais légèrement désorientée. Elle présentait une luxation sur prothèse totale de la hanche gauche et une coarthrose extrèmement évoluée à droite. De plus, sondée pour incontinence, elle souffrait d'une infection urinaire.

Elle se laissait aller et était incapable de bouger d'1 cm dans son lit. A cette époque le chirurgien écrivait : "si vraiment elle reprend goût à la vie, peut-être pourrais-je faire autre chose pour elle, mais en l'état actuel des choses, tout geste chirurgical serait suivi d'un rapide décès".

Cette malade invalide, incontinente, présente de surcroît une tachycardie avec souffle systolique, un tremblement et un fond d'oeil sénile très sclérosé. L'hospitalisation est nécessaire car elle vit seule chez elle.

Malgré de fréquents épisodes dépressifs, Mme B_D semble gaie et active. Elle tricote inlassablement ou fait de petits ouvrages, lit des revues (qu'on lui prête car elle ne veut pas faire dépenser trop d'argent à sa fille). Actuellement elle s'efforce de remuer dans son lit. Certains jours elle pense pouvoir remarcher "mais ce sera peut-être très long". Un après-midi où je la trouvais très gaie, elle m'a expliqué qu'on devait l'asseoir le lendemain et qu'elle "allait faire son entrée dans le monde". Mais d'autres jours, elle désespère et attend la mort comme une délivrance tout en la redoutant. Elle ne parle jamais de son incontinence, mais à chacune de mes visites s'excuse et cherche des explications à la couleur de ses ongles, tâchés par les selles.

Elle raconte volontiers son passé de façon drôle et sans "rabâcher", mais pleure facilement sur certains souvenirs.

Elle se sent isolée le dimanche et l'après-midi quand ses voisines vont au cinéma ou regardent la télévision dans le couloir. Elle n'a pour toute visite que celle de sa fille une fois par semaine et celle de l'animatrice de temps en temps. Elle trouve ses voisines et le personnel gentils car elle "ne les ennuie pas". Elle ne leur demande rien, ainsi elle ne se fait pas rabrouer et a l'illusion d'une bonne entente, mais elle souffre du manque de chaleur et de spontanéité.

Cette malade semble s'être adaptée à son invalidité et à son hospitalisation; elle commence à progresser dans un sens positif.

Elle accepte avec plaisir les tests qui la divertissent et motivent ma visite. Elle s'applique mais son attention se relâche et il faut s'interrompre plusieurs fois.

Le 11.3.75.

Tests verbaux :

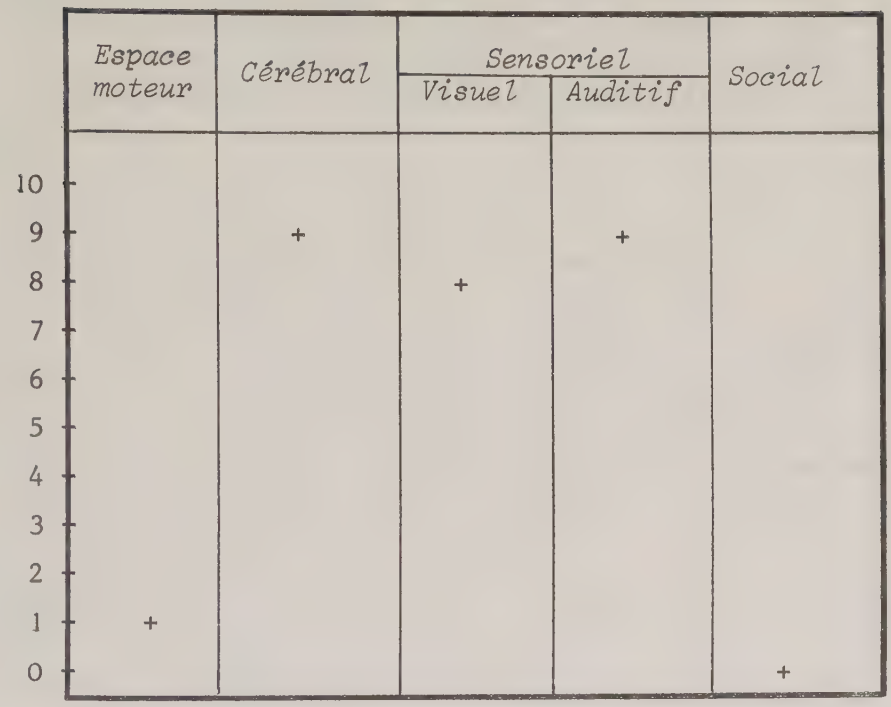
- Information personnelle 4/4
- Information extérieure 7/7
- Compréhension générale 6/7
- Test de mémoire :
  - . ordre direct 2/5
  - . ordre inverse 1/4

Le 14.3.75.

BENTON par choix multiple imposé par le décubitus. Série F, administration M :

10 réponses justes sur 15

Echelle de comportement du Pr HUGONOT



. *Observation n° 2.*

Melle C_R, ouvrière d'usine, 90 ans, célibataire, est entrée en mars 1974. Elle est envoyée par un centre de neurologie où elle a été hospitalisée 2 mois plus tôt "en vue d'un placement en hospice car sans famille et sans ressources".

Sur le plan médical on note une hémiplégie droite; une fibrillation auriculaire réduite et des extrasystoles résiduelles, une hysterectomie en 1944, une constipation opiniâtre, une hypoacousie et une mauvaise vision, des douleurs rhumatismales empêchantes. A son entrée, elle était grabataire, deux mois après elle marchait avec l'aide du kinésithérapeute.

Cette malade agréable, très effacée, parle peu, regarde la télévision l'après-midi quand elle a été mise dans son fauteuil, mais ne voit pas suffisamment pour lire. Son état de conscience semble bon, mais elle ne fait rien spontanément; elle imite ses compagnes de chambre. Son moral et son adaptation sont satisfaisants.

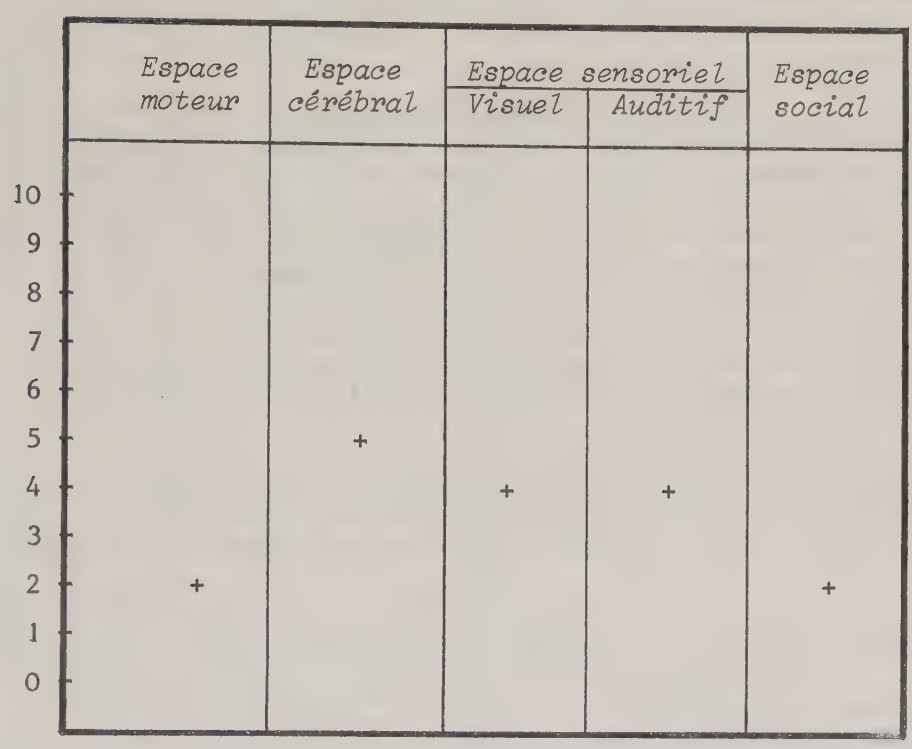
Cette malade avait déjà été testées à deux reprises.

	Début mars 1974	*1er avril 1974*	*14 mars 1974*
Information personnelle	4/4	4/4	2/4
Information extérieure	2/6	3/6	2/7
Compréhension générale	1/7	2/7	3/7
Mémoire :			
chiffres directs	5/7	5/7	1/5
chiffres inverses	2/7	2/7	1/4

Chez cette femme légèrement désorientée et de mémoire déficiente, la compréhension générale s'améliore.

Le BENTON est impossible du fait de l'hémiplégie droite. Le choix multiple est lui-même impossible car les dessins sont trop petits pour être distingués.

Echelle du comportement du Pr HUGONOT



. *Observation n° 3.*

Melle L_D, couturière, 86 ans, célibataire, est entrée en avril 1974 pour rééducation après amputation de la jambe gauche en 1972 à la suite d'artérite. Elle vivait auparavant en maison de retraite avec sa soeur.

A son arrivée, il existait au niveau du moignon une douleur rapportée bien supportée mais la prothèse était mal faite. La malade ne s'y adaptait pas, se plaignait "du bout de bois" et craignait de tomber pendant les séances de rééducation.

Actuellement, la douleur semble moins bien supportée. Par ailleurs cette malade souffre de céphalées, de dyskinésie biliaire, d'une légère hypoacousie,

d'une baisse de la vision, d'un tremblement, d'une déformation douloureuse du pied et de la main droite et d'une incontinence (urinaire transitoire au début et mise en relation avec l'inadaptation à sa prothèse, totale maintenant).

Craignant d'être amputée de l'autre jambe, elle présente de temps en temps des phases dépressives. En novembre 1974 Melle L_D a fait un épisode aphasique qui régressa en 2 jours. Elle souffrait de son moignon, l'incontinence était devenue seulement nocturne, mais malgré le traitement elle restait nettement dépressive. Quinze jours plus tard elle était déshydratée et obnubilée. Elle restait somnolente et désorientée. C'est alors qu'elle fut changée de chambre et mise dans celle qu'elle occupe actuellement. Le niveau de conscience remontait rapidement.

Elle s'exprime avec aisance et bonne humeur mais les thèmes de la conversation sont pauvres : sa famille, son métier, et les mêmes anecdotes sont répétées inlassablement.

Pour toute activité elle regarde la télévision l'après-midi. Elle ne fait plus de rééducation, dit ne pas être courageuse. Cette malade semblait être adaptée normalement, mais au bout de longues visites, je constate qu'en réalité elle vit dans son passé. Elle croit ses parents vivants et en activité; elle pense être jeune et avoir encore des clientes, mais elle n'espère pas reprendre son travail, car, m'avoue-t-elle avec un sanglot, l'amputation est pour elle "une vie brisée". Son invalidité est le seul problème qu'elle ne nie pas. Tout le reste est éliminé : la vieillesse, l'isolement, la pauvreté et même l'hospitalisation qui n'est pour elle que transitoire et vécue presque comme des vacances.

TEST DE RETENTION VISUELLE DE A.L. BENTON - REV. 1965

FEUILLE DE NOTATION

NOM : L, Prénoms : ..... Classe : 3

Lieu d'examen : ..... Date : ..... Sexe : F Age : 86 ans ..... mois

FORME : C

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1		0	SM
2		0	Per M
3		0	IMR - IML
4		0	UPL - SPL - S3 PL ML Rev
5		0	PL - IML - 180° MR
6		0	PR - IMR - IML
7		0	90° ML - MR . PR
8		0	MR . IML - 180° PR
9	inachevé	0	90° MR
10		0	
Dessins corrects (TOTAL)		0	Nombre d'erreurs 22

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation
6	8	1	4
Déplac.	**Dimen.**	**Gauche**	**Droite**
2	1	10	9

FORME : .....

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Dessins corrects (TOTAL)			Nombre d'erreurs

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation
Déplac.	**Dimen.**	**Gauche**	**Droite**

OBSERVATIONS : Test inachevé. Résultats très inférieurs à ce qu'on pourrait attendre étant donné le niveau mental antérieur. Nombre de rotation relativement important.

INTERPRETATION : Forte indication de déficit acquis Présomption d'organicité

LES ÉDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE, 48, Avenue Victor-Hugo, 75783 PARIS CEDEX 16. Tél. 553-50-51.
Copyright 1955 by Arthur L. Benton — Copyright de l'Edition Française 1965 by Centre de Psychologie Appliquée
TOUS DROITS RÉSERVÉS — Dépôt légal : 4e trim. 1965 ; Edit. n° 385.

13 mars 1975.

Information personnelle 3/4

Information extérieure 6/7

Compréhension générale 5/7

Mémoire : ordre direct 3/5

ordre indirect 1/4

16 mars 1975.

BENTON, forme C, Administration A.

La malade voit mal, retrace trois ou quatre fois le même trait. Elle dessine très lentement en parlant sans arrêt. Elle ne soutient pas du tout son attention et se fatigue vite. Elle ne peut achever le test, la douleur de son moignon devenant trop violente.

8 planches sont achevées, la 9e est partielle, mais contient déjà une erreur.

Donc :

0 planches exactes sur 9
22 erreurs au moins.

Echelle de comportement du Pr HUGONOT

	Moteur	Cérébral	Sensoriel		Social
			Visuel	Auditif	
10					
9					
8					
7					
6			+	+	
5					
4					
3		+			
2	+				+
1					
0					

. *Observation n° 4.*

Mme C_S, employée dans une charcuterie, 82 ans, veuve, un fils vivant, est entrée en août 1968 ne pouvant vivre seule à la suite d'une amputation de jambe bilatérale.

Cette malade souffre parfois de son membre fantôme et se plaint d'une légère hypoacousie. Malgré son état physique, Mme C_S est très active, elle lit beaucoup, achève les ouvrages de ses voisines, les aide dans les actes de la vie courante, regarde beaucoup la télévision, de temps en temps va passer la journée chez son fils.

Sa gaieté et sa gentillesse lui ont valu les faveurs du personnel qui la traite plus en amie qu'en malade. Elle a beaucoup d'influence sur les autres pensionnaires qui se laissent guider. C'est elle qui décide si on allume ou éteint la télévision, s'il faut se coucher ou non, etc ... Elle dit elle-même que les malades de sa chambre sont ses "filles". Avec son fauteuil roulant elle se déplace pour elles et leur rend de petits services.

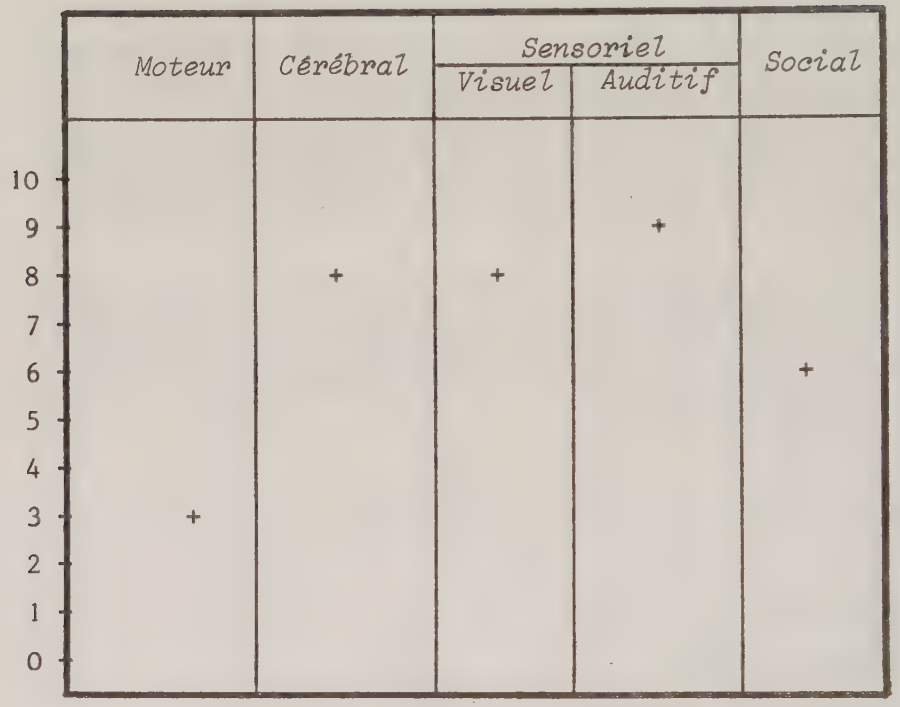
Mme C_S a déjà passé des tests qu'elle juge être des enfantillages. Elle se fait un peu prier pour les repasser "elle aurait autre chose à faire de plus intéressant", dit avoir perdu la mémoire depuis sa deuxième amputation.

	1.2.73	*3.3.73*	*14.3.75*
Information personnelle	4/4	4/4	4/4
Information extérieure	6/7	6/7	6/7
Compréhension générale	4/7	4/7	4/7
Chiffres directs	2/5	2/5	2/5
Chiffres inverses	0/4	0/4	0/4

Le 16.3.75.

BENTON, Forme C Administration A.

Echelle du comportement du Pr HUGONOT



.Dynamique de la chambre.

Manifestement dans cette chambre Mme C_S est l'élément dynamisant. Elle attire à elle la sympathie de tous et en fait profiter les autres personnes de sa chambre : le personnel est plus patient, plus agréable, moins pressé, il y a davantage de visites ...

Elle stimule tout le monde, égaie la chambre et empêche chacune de sombrer dans l'inertie. Depuis qu'elles sont en sa campagnie ses voisines semblent reprendre goût à la vie. Cela est surtout net pour Melle L_D qui avait fait un important épisode confusionnel peu avant son transfert dans cette chambre. Elle-même, se sentant toujours utile et appréciée, assume mieux son infirmité et son hospitalisation. Ici elle est certainement valorisée par rapport à sa vie antérieure ce qui compense son handicap.

TEST DE RETENTION VISUELLE DE A.L. BENTON - REV. 1965

FEUILLE DE NOTATION

M : C S Prénoms : Classe : 4

d'examen : Date : Sexe : F Age : 82 ans mois

FORME : C

ssin	Rép.	Note	Erreurs
1		0	IM
2		0	IM
3		0	PR
4		0	PL
5		0	PL
6		0	PR - 90° ML - 90° MR
7		0	PR - SML - IMR.
8		0	PR - SMR - IML
9		0	PL - 90° ML - SMR
10		0	PR - IMR - IML
Dessins corrects (TOTAL)		0	Nombre d'erreurs 20

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation
8	9	0	3
Déplac.	**Dimen.**	**Gauche**	**Droite**
0	0	8	10

FORME :

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Dessins corrects (TOTAL)			Nombre d'erreurs

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation
Déplac.	**Dimen.**	**Gauche**	**Droite**

ERVATIONS : Résultats très inférieurs à ce qu'on pouvait attendre
mission de toutes les images périphériques.
Images en rotation.

ERPRETATION :
Forte indication de détérioration acquise
Présomption de lésions cérébrales en particulier pariéto-occipitales.

ÉDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE, 48, Avenue Victor-Hugo, 75775 PARIS CEDEX 16. tél. 553-50-51.
Copyright 1955 by Arthur L. Benton — Copyright de l'Edition Française 1965 by Centre de Psychologie Appliquée
TOUS DROITS RÉSERVÉS — Dépôt légal : 4e trim. 1965 ; Edit. n° 385.

Les quatre membres de cette chambre sont étroitement liés les uns aux autres. Les quelques jours où Mme C_R était malade, ses voisines ont crû qu'elle allait mourir et concomitamment Mme C_S était triste et se sentait "malade de partout à cause des nouveaux suppositoires", Melle L_D semblait encore plus désorientée et gâtait, Mme B_D était dépressive ... Toutes choses qui pouvaient être directement rattachées à leur tristesse de voir leur compagne malade.

-:-

CHAMBRE B.

. *Observation n° 5.*

Mme MO, cultivatrice camerounaise, 63 ans, mariée, a été hospitalisée d'urgence en 1966 dans un état semi-comateux à la suite d'ingestion d'alcool à brûler. A cette époque le psychiatre écrivait "malade presque euphorique. Idées délirantes à thème mégalomaniaque : "La France vient de lui rendre le Cameroun dont elle est propriétaire. Elle fait bâtir deux hôpitaux pour personnes seules et abandonnées". Quelques idées de préjudice à l'égard de son mari : "C'est lui qui lui a déformé les pieds pour l'obliger à se prostituer". A la suite de cette hospitalisation les pieds sont en équinisme irréductible; la malade devient grabataire.

En juin 1970 son état mental a peu évolué. Elle est déprimée, vivant uniquement de ses souvenirs et refusant catégoriquement la réalité objective et le moment présent dans la mesure où on essaie de l'éloigner de son état délirant.

Il semble qu'elle fasse depuis de nombreuses années un état délirant interprétatif enkysté et scléro-sé autour de deux ou trois thèmes :

- son mari est responsable de l'état de ses pieds
- elle est entourée de gens et d'animaux menaçants : serpents, hommes masqués
- on l'a dépossèdée de toutes ses richesses : argent, ferme ...

Il semble que toute l'origine de ses malheurs soit dans son mari. Il a dû exister un problème sexuel : "Mon mari voulait me donner à tous les hommes qu'il rencontrait".

En juin 1973, la malade semble plus agitée mais très joviale et heureuse à cause de la "grande nouvelle"; "un hérisson a "hérissonné" son mari".

En 1974 et encore actuellement, son père et son "sacré coeur" sont dans le parc et viennent parfois

la voir pour lui montrer les plans de ses hôpitaux. La malade ne semble plus voir de bêtes ni d'hommes menaçants; elle est moins angoissée et parle plus facilement de son délire, peut-être sous l'influence apaisante du temps.

Pour toute activité elle se démêle les cheveux en chantant.

La malade refuse tous les tests.

Echelle du comportement du Pr HUGONOT

	Moteur	*Cérébral*	*Sensoriel*		*Social*
			Visuel	*Auditif*	
10			+	+	
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3		+			
2					
1	+				
0					+

. *Observation n° 6.*

Mme M_A, couturière, 80 ans, veuve, une fille vivante, est entrée en 1968 pour rééducation. En effet en février 1966 elle se fracture le col du fémur gauche. Lors de sa première rééducation elle se fatigue en voulant se surpasser, fait une phlébite et un épisode confusionnel à la suite desquels elle est adressée ici.

Chez cette malade grabataire on note une ablation de la tête fémorale droite pour coxarthrose en 1962, une impotence fonctionnelle très importante avec douleur à la mobilisation, une incontinence urinaire, des escarres, une cataracte en évolution et une hypoacousie bilatérale.

A partir de mars 1969 Mme M_A devient indifférente et acariâtre. Son humeur est extrêmement labile, changeant presque instantanément, tantôt gentille et flatteuse, tantôt extrêmement grossière, ironique et méchante, tantôt enfin, geignarde, gardant les yeux clos dans une attitude théâtrale. Elle se plaint de sa fille et du personnel en termes vulgaires, ment avec ostentation. Elle parle de la mort qu'elle attend comme une délivrance, dit qu'elle est mourante et en même temps mime la mort.

Elle n'a aucune activité, chante avec Mme M_O vers laquelle elle est tournée en permanence.

Elle accepte, puis refuse les tests, enfin les passe. Elle ne soutient pas son attention, distingue mal les planches et se fatigue vite.

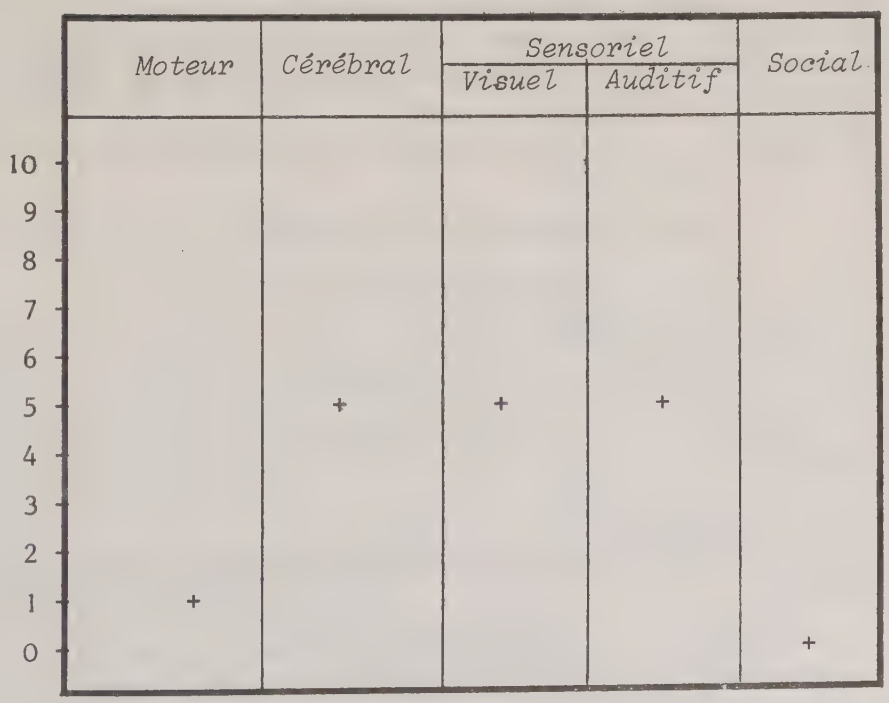
	29.11.73	*13.1.74*	*13.3.75*
Information personnelle	1/4	1/4	2/4
Information extérieure	3/7	5/7	6/7
Compréhension générale	3/7	6/7	3/7
Mémoire : chiffre direct	2/5	3/4	1/4

14.3.1975.

BENTON par choix multiple, Forme F administration M.

4 choix exacts sur 15

Echelle du Pr HUGONOT



. *Observation n° 7.*

Mme B_S, vendeuse, 79 ans, veuve, un fils, fait des chutes de plus en plus fréquentes à la suite d'artérosclérose cérébrale importante. Ne pouvant plus vivre seule, elle est hospitalisée ici le 11 mars 1975.

Elle présente, outre des vertiges, une baisse de l'acuité visuelle et de l'audition, une incontinence urinaire, une somnolence et une activité gestuelle parasite. Cette malade grabataire depuis son hospitalisation est modérément désorientée.

Malgré son apathie, elle fait des efforts évidents pour comprendre et répondre aux questions, avoue ne pas être courageuse et ne pas vouloir se donner de mal pour guérir. Mme B_S dit attendre la mort mais voudrait savoir si elle partira un jour chez son fils. Elle n'a aucune activité et n'envisage pas l'avenir.

Cette malade pourtant agréable et souriante refuse les tests à son entrée sous prétexte qu'elle n'a pas le BAC; trois jours plus tard elle exprime ses craintes de mettre en évidence les lacunes de sa mémoire et finit par accepter.

13.3.1975.

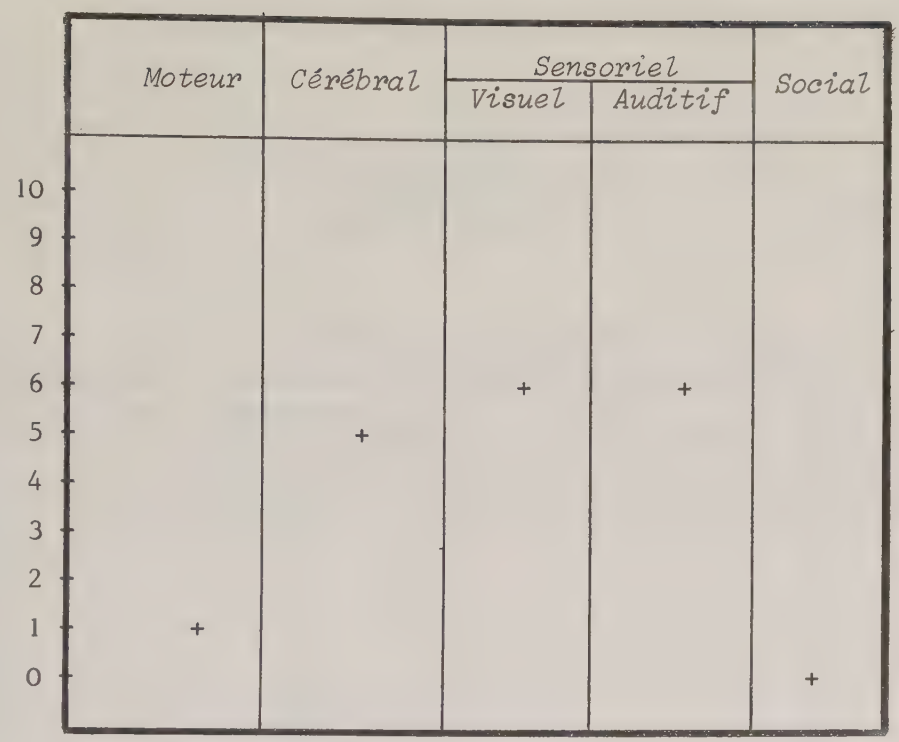
Test d'information personnelle	1/4
Test d'information extérieure	3/7
Compréhension	3/7
Mémoire : chiffres directs	2/5
chiffres inverses	0/4

14.3.1975.

BENTON par choix multiple. Forme F, administration M.

5 choix exacts/15
1 choix en miroir

Echelle du Pr HUGONOT



. *Observation n° 8.*

Mme B_B, 75 ans, 9 enfants dont 5 vivants, est entrée dans le service à une date indéfinie remontant à plus de 4 ans. Nous manquons de renseignements sur la vie antérieure de cette malade pléthorique au niveau intellectuel un peu faible. Elle a été hospitalisée pour une hémiplégie gauche avec aphasie et incontience. La motricité à droite est lente et incertaine.

Mme B_B n'avait jamais pu être interrogée auparavant car elle pleurait et mimait la douleur devant son incapacité à s'exprimer. C'est avec surprise que je l'ai trouvée souriante et détendue le 13 mars 1975. Elle essayait de parler distinctement et nous avons pu échanger quelques mots. Elle ne sait ni son âge, ni la date, mais semble savoir où elle se trouve. Le 14 mars

je l'ai trouvée moins gaie car elle souffrait. Elle a paru très heureuse de faire le Benton par choix multiple qui la sortait de la monotonie quotidienne.

14.3.1975.

Forme F Administration M.

3 choix exacts/15
2 images en miroir

Echelle du Pr HUGONOT

	Moteur	*Cérébral*	*Sensoriel*		*Social*
			Visuel	*Auditif*	
10			+	+	
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1	+	+			
0					+

.Dynamique de la chambre B.

Mme M_O et Mme M_A ont maintenant leurs vies intimement liées. Elles sont constamment tournées l'une vers l'autre, chantent en duo, tiennent des propos analogues même en ce qui concerne une partie du délire de Mme M_O : Mme M_O fait construire des hôpitaux, mais Mme M_A a des immeubles de rapport à Toulouse. Elles ignorent les deux autres malades de la chambre et leur présence mutuelle leur suffit.

Quant à Mme B_B à l'autre extrémité de la chambre, elle semble ignorer la présence de ce curieux couple. Jusqu'au 11 mars le lit voisin du sien avait été occupé par des malades séniles peu stimulantes pour elle. L'arrivée le 11 mars de Mme B_S qui est certes une malade apathique, mais gentille et capable de soutenir une conversation simple avec ses visiteurs ou le personnel, a apporté un peu d'animation dont semble avoir profité Mme B_B.

Par contre l'arrivée de Mme B_S parmi ces malades détériorés mentalement, semble l'inciter à ne plus faire d'efforts : elle ne se lève plus, ne lit plus, ne parle que si on lui adresse la parole.

-:-

CHAMBRE C.

. *Observation n° 9.*

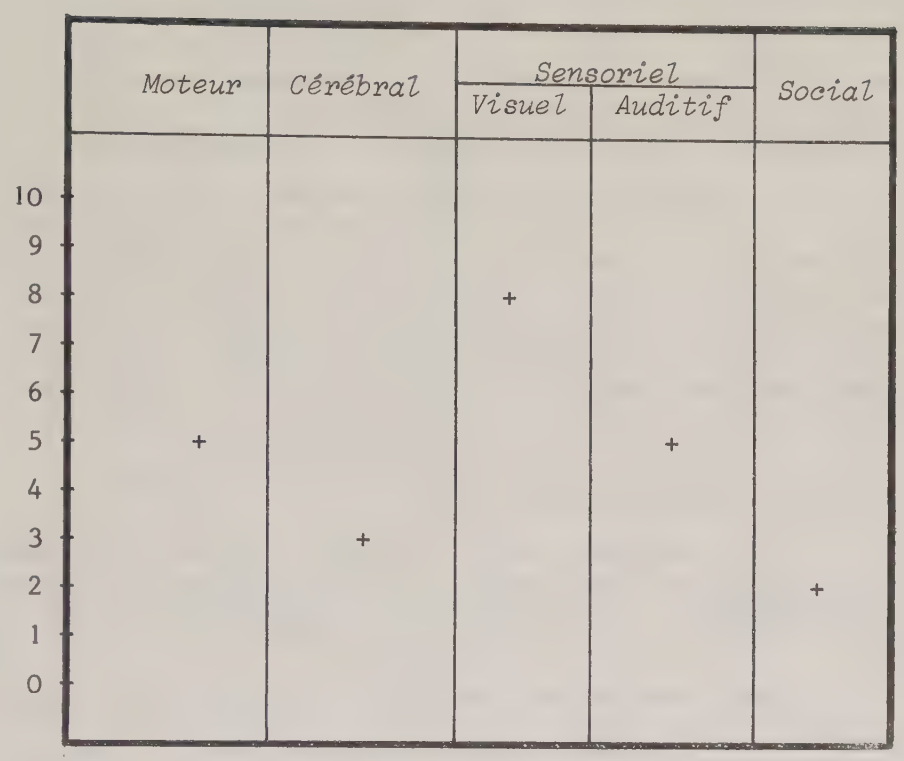
Mme L_M, enseignante, 94 ans, est entrée en 1964 pour rééducation d'une hémiplégie gauche consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone. Par ailleurs elle présente une hypoacousie, une polyvalvulopathie, une cataracte et des bouffées maniaques. L'autorééducation a été satisfaisante et actuellement la malade marche en poussant sa chaise.

Mme L_M est opposante et agressive, elle repousse violemment toutes les questions, répond par monosyllabes, comprend mal ce qu'on lui dit et s'emporte. Sait où elle est, mais pense être ici depuis une semaine; dit ne parler à personne et ne rien faire car elle est ici pour guérir vite et uniquement pour cela; compte partir dès qu'elle ira mieux. S'applique à marcher. Depuis quelques temps elle semble s'ouvrir sur l'extérieur, elle est moins opposante, sourit et parle plus volontiers, mais continue d'affirmer que la vie ici ne compte pas.

	Janvier 1974	*Mars 1974*	*13 Mars 1975*
Information personnelle	3	Refus	2/4
Information extérieure	4	Refus	Refus
Compréhension	Refus	Refus	Refus
Chiffre direct	Refus	Refus	Refus
Chiffre inverse	Refus	Refus	Refus

Le Benton est également refusé.

Echelle du Pr HUGONOT



. *Observation n° 10.*

Melle A_B, 90 ans, sans profession, célibataire, est entrée en juin 1974 pour convalescence à la suite d'une fracture de l'olécrâne droit. Elle est venue ici pour rejoindre sa soeur, malheureusement celle-ci est décédée peu de temps après.

Melle A_B est une malade agréable, aux échanges faciles, très attachée à la notion de rang social (elle appartient à une famille de médecins connus).

En septembre 1974 à la suite d'une infection urinaire et d'une déshydratation progressive, elle doit être réanimée. Malgré la récupération somatique la malade conserve quelques jours un délire aimable dont les composantes sont la détérioration complète, temporo-

spatiale, l'affabulation, les fausses reconnaissances. Désinsertion complète de la réalité, du lieu et du moment. Inversion de la thymie : passage de l'angoisse, avec craintes infantiles, à un état de béatitude souriante, avec conservation de l'état critique. Puis état comateux et rétablissement spectaculaire. On pense à une possible intrication "hystérie" - déshydratation.

Melle AB participe activement à la kinésithérapie, aux loisirs, lit, écrit, veut sortir. Elle refuse tout contact avec les autres personnes de sa chambre : "pas sympathiques, pas du même milieu". Se réfugie dans son passé de femme d'un certain milieu. Elle s'inquiète de l'avenir. Il y a ambivalence dans le fait de vouloir sortir de ce milieu qu'elle refuse (maladie, vieillesse, promiscuité) et sa grande inquiétude de l'avenir.

En février 1975 nouvel épisode comateux à la suite de subocclusion.

Actuellement elle a récupéré son état de conscience antérieur, mais semble plus repliée sur elle-même et avoir beaucoup de mal à vivre le milieu dans lequel elle se trouve.

Elle se soumet aux tests de bonne grâce, mais pense que c'est un jeu loté.

13.3.1975.

Information personnelle	2/4
Information extérieure	7/7
Compréhension	6/7
Chiffre direct	4/5
Chiffre inverse	0/4

Benton : Administration A Forme C

TEST DE RETENTION VISUELLE DE A.L. BENTON - REV. 1965

FEUILLE DE NOTATION

NOM : A B Prénoms : Classe : 10

Lieu d'examen : Date : Sexe : F Age : 90 ans mois

FORME : C

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1		1	
2		1	
3		0	PR
4		0	PL - Ov
5		0	PL - ML! - IMR
6		0	PR - MR
7		0	PR - ML! - 45° MR
8		0	PR - MR
9		0	PL - IML - MR
10		0	PR - IML - MR
Dessins corrects (TOTAL)		2	Nombre d'erreurs 19

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation
14	3	0	1
Déplac.	**Dimen.**	**Gauche**	**Droite**
1	0	7	11

FORME :

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Dessins corrects (TOTAL)			Nombre d'erreurs

CATEGORIES D'ERREUR

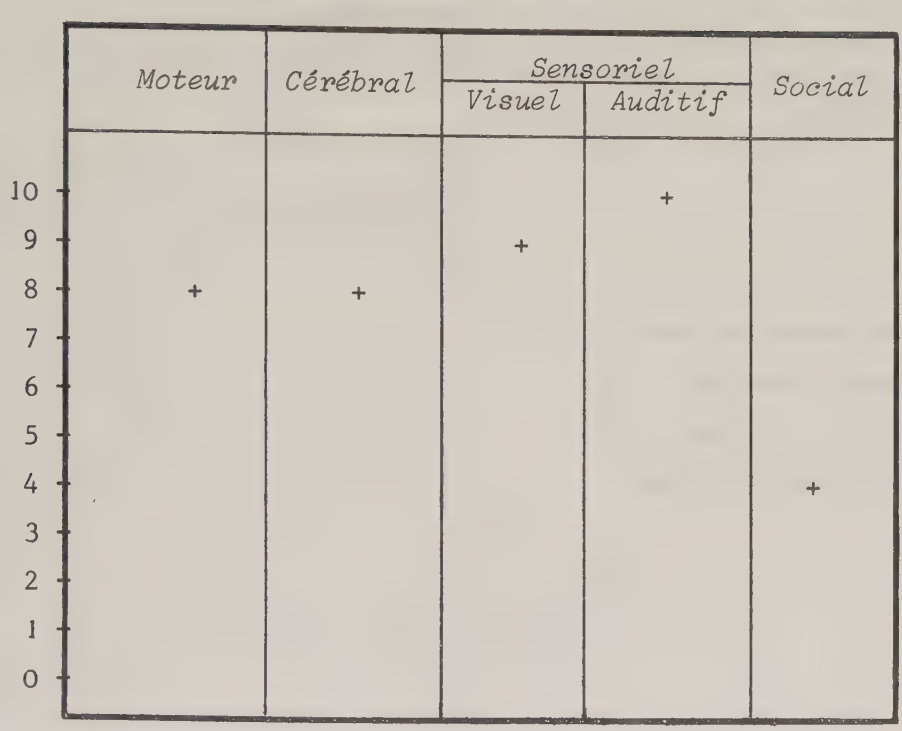
Omission	Déform.	Persév.	Rotation
Déplac.	**Dimen.**	**Gauche**	**Droite**

OBSERVATIONS : Résultats très inférieurs à ce qu'on pourrait attendre.
Omission de toutes les images périphériques

INTERPRETATION : Très forte indication de déficit acquis
Présomption de lésions cérébrales, en particulier pariéto-occipitales

LES ÉDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE, 48, Avenue Victor-Hugo, 75783 PARIS CEDEX 16. Tél. 553-50-51.
Copyright 1955 by Arthur L. Benton — Copyright de l'Edition Française 1965 by Centre de Psychologie Appliquée
TOUS DROITS RÉSERVÉS — Dépôt légal : 4e trim. 1965 ; Edit. n° 385.

Echelle du Pr HUGONOT



. *Observation n° 11.*

Mme R_G, gérante de parfumerie, 80 ans, veuve, une fille adoptée, 2 autres élevées par elle, est entrée dans le service en 1974.

Cette vieille dame charmante et gaie se plaint d'être isolée par une surdité importante. Elle souffre par ailleurs d'une névralgie faciale avec épisodes douloureux fréquents dans la journée, d'une bronchite chronique, d'une insuffisance mitroaortique, d'une dyskinésie de la langue et d'un tremblement important. Elle marche bien, malgré des douleurs des membres inférieurs; en poussant sa table roulante. Dans la journée, elle lit ou tricote.

Elle se soumet volontiers aux tests pour lesquels elle s'applique. Malheureusement, parler lui déclenche une douleur névralgique. Pour le Benton son tremblement est si important qu'elle doit s'aider d'une règle.

	20.9.1972	*Mars 1974*	*14.3.1975*
Information personnelle	4	4	4/4
Information extérieure	7	7	7/7
Compréhension	6	6	7/7
Chiffres directs	3	3	2/5
Chiffres inverses	2	2	2/4

16.3.1975.

Benton, Administration A, Forme C.

TEST DE RETENTION VISUELLE DE A.L. BENTON - REV. 1965

FEUILLE DE NOTATION

NOM : RG Prénoms : Classe : 11

Lieu d'examen : Date : Sexe : F Age : 80 ans mois

FORME : C

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1		0	45° M
2		1	
3		0	NCv
4		1	
5		0	SMR - 180° MR
6		0	SML - PR - Rev
7		0	SML - PR - Sy MR
8		0	Per PR
9		0	Mis PL
10		0	IML - IMR . UPR
Dessins corrects (TOTAL)		2	Nombre d'erreurs 15

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation
2	5	1	2
Déplac.	**Dimen.**	**Gauche**	**Droite**
4	1	4	8

FORME :

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Dessins corrects (TOTAL)			Nombre d'erreurs

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation
Déplac.	**Dimen.**	**Gauche**	**Droite**

OBSERVATIONS :

Résultats très inférieurs à ce qu'on pouvait attendre

INTERPRETATION :

Forte indication de détérioration acquise

LES ÉDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE, 48, Avenue Victor-Hugo, 75783 PARIS CEDEX 16. Tél. 553-50-51.
Copyright 1955 by Arthur L. Benton — Copyright de l'Edition Française 1965 by Centre de Psychologie Appliquée
TOUS DROITS RÉSERVÉS — Dépôt légal : 4e trim. 1965 ; Edit. n° 385.

Echelle du Pr HUGONOT

	Moteur	Cérébral	Sensoriel		Social
			Visuel	Auditif	
10		+	+		
9					
8					
7					
6					
5	+				
4					
3					+
2				+	
1					
0					

. *Observation n° 12.*

Mme R_T, tapissière puis garde-malade, 78 ans, un enfant décédé à 5 mois, vivait à la maison de retraite de l'hôpital. Elle est entrée dans le service en fin d'année 1974 à la suite d'un coma diabétique. Cette malade, obèse depuis son hystérectomie en 1932, présente, outre une importante arthrose et un athérome de l'aorte abdominale, un syndrome tumoral bénin rénal et une infection urinaire due à une stase et un reflux vésico-urétéral.

Le 5 septembre 1974 la psychologue écrivait à son sujet : "Mme R_T est levée dans son fauteuil, mais ne marche qu'avec les kinésithérapeutes. Chute importante physique et psychique. Très dépressive mais pas du tout désorientée. Dépression telle que je ne pense accéder aux tests compréhension et chiffres".

En décembre, la malade arrive dans la chambre C. Elle est beaucoup plus tonique et autonome. Elle se déplace seule. Elle tricote et participe aux travaux de rangement. Elle est partie quelques jours chez elle où elle pense pouvoir repartir dans un mois ou deux.

Mme R_T se dit beaucoup plus heureuse ici qu'à la maison de retraite. Elle s'occupe de ses voisines "pour qu'il ne leur arrive rien de mauvais" et les réprimande comme des enfants. Elle apprécie la compagnie de Mme R_G et se montre protectrice vis-à-vis de la "pauvre Mme L_M". Quant à son attitude vis-à-vis de Melle A_B elle est très particulière : elle a un sentiment d'infériorité en face d'elle "qui est intelligente, riche et a son BAC", mêlé d'agressivité car "elle est hautaine et menteuse", aussi elle "ne lui dit rien, sauf si c'est pour lui éviter du mal".

Mme R_T agressive et opposante vis-à-vis de tous, commence par refuser les tests car "elle est très diminuée par son diabète, mais elle n'est pas folle", finit par accepter en se faisant un peu prier et craint de ne pas réussir aussi bien que Melle A_B.

13.3.1975.

Information personnelle	4/4
Information extérieure	7/7
Compréhension	6/7
Chiffres directs	3/5
Chiffres inverses	1/4

16.3.75.

Benton : administration A, forme C

4 réponses exactes
9 erreurs.

L'exécution des planches est gênée car la malade distingue mal son dessin, de plus elle dit voir des cercles et des traits parasites.

TEST DE RETENTION VISUELLE DE A.L. BENTON - REV. 1965

FEUILLE DE NOTATION

NOM : R. Prénoms : Classe : 12

Lieu d'examen : Date : Sexe : F Age : 78 ans mois

FORME : C

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1		0	180 M
2		1	
3		1	
4		1	
5		0	SML - PerML
6		0	Ver M
7		0	IPR
8		1	
9		0	Mis PL
10		0	45° ML - IMR - UPR
Dessins corrects (TOTAL)		4	Nombre d'erreurs 9

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation
0	3	1	3

Déplac.	Dimen.	Gauche	Droite
2	0	4	3

FORME :

Dessin	Rép.	Note	Erreurs
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Dessins corrects (TOTAL)			Nombre d'erreurs

CATEGORIES D'ERREUR

Omission	Déform.	Persév.	Rotation

Déplac.	Dimen.	Gauche	Droite

OBSERVATIONS : Resultats légèrement inférieurs à ce que l'on pouvait attendre
3 images en rotation.

INTERPRETATION :
légère présomption d'organicité.

LES ÉDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE, 48, Avenue Victor-Hugo, 75783 PARIS CEDEX 16. Tél. 553-50-51.
Copyright 1955 by Arthur L. Benton — Copyright de l'Edition Française 1965 by Centre de Psychologie Appliquée
TOUS DROITS RÉSERVÉS — Dépôt légal : 4e trim. 1965 ; Edit. n° 385.

Echelle du Pr HUGONOT

	Moteur	*Cérébral*	*Sensoriel*		*Social*
			Visuel	*Auditif*	
10	+			+	
9					
8		+			
7					
6			+		+
5					
4					
3					
2					
1					
0					

.Dynamique de la chambre C.

Dans cette chambre, on trouve un élément isolé, Melle A_B, qui agissait comme si elle était seule avant l'arrivée de Mme R_T. Elle installait sa chaise au milieu du passage et ignorait Mme R_G et Mme L_T. Chacune était isolée, Melle A_B par sa propre volonté, Mme R_T du fait de sa surdité, et Mme L_T par sa détérioration.

A l'arrivée de Mme R_T, Melle A_B s'est vue rejetée moralement et physiquement (elle est assise près de son lit le dos tourné aux autres). C'est à partir de ce moment là, qu'elle a commencé à se replier sur elle-même et à souffrir du milieu hospitalier.

Quant à Mme R_T elle a créé un petit groupe autour d'elle avec Mme R_G et Melle L_T chez lesquelles elle ne trouve pas d'opposition à son autorité quasi maternelle; quant à Melle A_B elle sert d'excutoire à son agressivité. Mme R_T trouve ainsi un certain équilibre, Mme R_G une compagne, Melle L_T reste indifférente, mais Melle L_T souffre beaucoup de cet affrontement et son psychisme ne peut qu'en souffrir.

-:-

CONCLUSIONS DES OBSERVATIONS

Ces quelques observations semblent confirmer sur plusieurs points les généralités énoncées plus haut.

1°. En premier lieu nous constatons que la plupart de ces malades pourraient vivre en dehors du milieu hospitalier moyennant quelques aménagements à leur vie antérieure.

. C'est ainsi que 3 malades (Mme R_T obs. 12, Mme R_G obs. n° 11, Mme C_S obs. n° 4) pourraient vivre en dehors de l'hôpital dans un logement adapté à leur handicap moteur.

Mme R_T pourrait rester seule si elle logeait près d'un centre commercial. Mmes R_G et C_S plus gênées dans leurs déplacements, pourraient habiter chez leurs enfants, dans un logement-foyer ou bénéficier d'une aide à domicile.

. Il en est de même pour Melle A_B (obs. n° 10) qui nécessite en plus une rééducation facilement réalisable en ville ou à domicile.

. Quant à Mme B_S (obs. n° 7) un milieu familial ou une maison de retraite seraient bien indiqués, car elle ne peut vivre seule, mais n'a pas besoin de soins particuliers.

. Seules les 7 autres pensionnaires nécessitent du fait de leur état physique ou mental, une surveillance et un nursing hospitalier.

Ainsi 7 malades seulement sur 12 ont réellement leur place dans un service gériatrique, les autres restent hospitalisées du fait de leur solitude et du manque de structures sociales.

Cela représente une charge importante pour la collectivité car leurs maigres ressources et l'apport supplémentaire versé par leurs descendants, lorsqu'elles en ont, ne suffisent que rarement à couvrir le coût effectif de l'hospitalisation (cependant, même lorsque le prix de journée ne peut être acquitté, on laisse toujours aux malades 10 % de leur pension pour subvenir à leurs menus besoins).

Ces résultats ne sont valables qu'à titre d'illustration de notre propos car notre échantillonnage a été choisi parmi les malades les moins atteints physiquement et mentalement pour faciliter notre étude psychométrique.

2°. Toutes nos malades présentent plusieurs phénomènes pathologiques associés. Si nous détaillons les plus gênants nous trouvons que :

. 8 d'entre elles ont des douleurs quotidiennes sinon quasi continuelles

. 5 malades ont une baisse importante de la vision. Toutes, sauf Mme M_O, portent des lunettes au moins pour lire

. 5 malades ont une hypoacousie

. 11 sont handicapées dans leurs déplacements :

- 5 sont grabataires
- 3 sont mises au fauteuil
- 2 se déplacent avec appui stable
- 1 se déplace seule sans trop de difficultés

. 8 sont gênées manuellement

- 2 par tremblement
- 3 par déficit neurologique
- 3 par atteinte osseuse ou articulaire.

3°. Toutes nos malades (à l'exception de Mme M_O, obs. n° 5, qui n'a que 63 ans) présentent un ralentissement mental et physique en relation avec le niveau de détérioration mis en évidence par les tests.

4°. Les résultats obtenus aux tests sont très mauvais ou mauvais pour la plupart de nos malades. Il faut noter que 8 d'entre elles présentent une désorientation temporospatiale.

Si nous n'avons pas pu mettre en évidence dans notre échantillonnage une baisse de l'efficience en fonction de la durée de l'hospitalisation, il nous semble évident que des baisses momentanées ou durables sont en rapport avec les événements extérieurs (changement de milieu, de voisines de chambre, mort de parents, etc ...).

Les mauvais résultats obtenus en général sont à rattacher au niveau mental déjà faible au départ pour la plupart de nos patientes.

Il faut signaler l'absence de psychométrie avant l'hospitalisation et donc le manque de références. Seules Mme R_T (obs. n° 12) avait été testée à la maison de retraite, mais nous n'en avons pas les résultats. Par ailleurs depuis leur entrée dans le service, seules 4 malades avaient passé les tests verbaux, aucune le Benton et le recul maximum que nous ayons est de 3 ans. L'étude longitudinale est donc impossible. Il faut se fier au niveau antérieur présumé; mais là encore nous manquons de précisions.

5°. Nous avons vu fréquemment des baisses considérables du niveau de conscience sous l'effet conjugué de stress organiques et psychologiques. La restitution ad integrum est la règle après un temps relativement court du moins en ce qui concerne nos observations.

6°. L'échelle du comportement met en évidence un espace social fortement rétréci. Il dépasse rarement les limites de l'établissement et le plus souvent se borne à la portion de couloir devant la chambre.

7°. Nous avons été frappée par le progressif désintérêt de ces malades ce qui donne parfois de fausses désorientations temporo-spatiales. Certaines malades ne demandent jamais où on les emmène et de ce fait ne savent pas où elles sont.

A notre question d'essai : "Qui est le président de la République" une seule femme a sû répondre.

Nous ne croyons pas trop nous avancer en attribuant cette léthargie à la désinsertion familiale et sociale provoquée par l'hospitalisation.

C O N C L U S I O N S

Au cours de ce travail nous avons pu nous rendre compte de l'ampleur et de l'acuité des problèmes posés par le 3ème âge. Il est urgent que chacun en prenne conscience pour permettre, non seulement à nos aînés, mais aussi à nous-mêmes et à nos enfants d'accéder à une vieillesse heureuse.

Dans le domaine plus limité que nous avons traité, celui de la psychologie du vieillard en milieu hospitalier, il nous a semblé essentiel d'adapter les structures hospitalières et sociales aux problèmes très particuliers que posent ces malades tant au point de vue psycho-pathologiques que dans le domaine de l'environnement.

Actuellement il existe trop peu d'établissements gériatriques permettant une prise en charge globale de ces sujets. Les rares unités spécialisées existantes sont rapidement encombrées de malades chroniques ou améliorés qui pourraient bénéficier d'autres modes de soins adéquats : hôpital de jour, hôpital à domicile, aide à domicile, etc...

Le vieillard ne peut plus être traité comme un être de catégorie inférieure ; il est digne d'intérêt et doit pouvoir prétendre à des soins spécialisés comme il en existe pour les autres cétégories d'âge. Sauf cas particulier, il ne doit plus être toléré dans les hôpitaux classiques où on se contente souvent de le "maintenir" en survie. Ce n'est qu'à ce prix que l'on pourra diminuer la détresse psychologique et la détérioration accélérée de ces vieillards hospitalisés.

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'Université de Bordeaux II :
H. BRICAUD

Vu, bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
H. CHOUSSAT

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 24 juin 1975
Le Chancelier des Universités :
R. PAULIAN

B I B L I O G R A P H I E

1. ABRAHAM G. - Contribution à l'étude de l'activité onirique chez les vieillards.
   Ann. Méd. Psychol., 1963, 121.

2. ACHILLE E. M. - Experimental studies in recall and recognition.
   Arch. of Psychol., 44, 1920.

3. AITA, ARMITAGE, REITAN, RABINOVITZ - The use of certain psychological test in the evaluation of brain injury.
   J. Gen. Psychol., 1947, 37.

4. AJURIAGUERRA J. (de), REGO A., RICHARD J., TISSOT R. - Psychologie et psychométrie du vieillard.
   Confrontations psychiatriques, 1970, n° 5.

5. AJURIAGUERRA J. (de), HECAEN - Troubles mentaux symptomatiques d'affections cérébrales.
   E.M.C. Psychiatrie, 1955, 37500 A_{10}.

6. AJURIAGUERRA J. (de), HECAEN, GUIGUEN - Troubles mentaux de la sénilité.
   E.M.C. Psychiatrie, 1955, t. II, 37530 A_{10}, et 37530 A_{20}.

7. ALBRECHT - Aging in a changing society.
   Univ. Florida Press., Gainesville, 1962.

8. ALEXANDER W. P. - Intelligence concrète et abstraite.
   Brit. J. Med. Psychol. Monogr., Suppl. n° 19, 1935.

9. ALEXANDER W. P. - Une échelle de performance pour la mesure de l'intelligence pratique.
Centre de psychol. appl., Paris, 1950.

10. AMES, LEARNED, METRAUX, WALKER - Rorschach responses in old age.
New York, Hoeber, 1954.

11. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION - Council of medical Service. Committee on Indigent Care : Selected bibliography on problems of the aging.
The committee, Chicago, 1955.

12. AMULREE - Sex and the elderly.
Practitioner, 1954, 172.

13. ANASTASI A. - Psychological Testing.
The Mac Millan Compagny, New York, 1954.

14. ANGUELERGUES - Les démences.
Encyclopédie Médico Chirurgicale, Paris, nov. 1968, 37280 A_{10}.

15. ANTY - Abrégé de psychiatrie à l'usage de l'équipe médico-psychologique.
Masson, 1968. PARIS

16. APPEL - Motivation in the later years of life.
J. Amer. Geriat. Soc., 1958, 8.

17. ARANSON K. - Traitement psychiatrique des troubles mentaux dans une maison de vieillards.
Geriatrics, 1956.

18. ASSOCIATION INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE - A propos du vieillissement progressif des populations de divers pays.
Bull. Int. Soc. Sec. Ass., 1955.

19. AUDIER M. - Le vieillard de l'an 2000.
Archives Méditerranéennes de Médecine, 1970.

20. BABCOCK H. - An experiment in the measurement of mental deterioration.
Arch. psychol., New York, 1950, 18, 117.

21. BALIER C., BOURGERON J. P., BOURGERON G., FERRY M. - Enquête sur les besoins médicaux et sociaux des personnes âgées du XIIIe.
Bull. Inserm., 1968, 23.

22. BALIER C. - Les états névrotiques chez les personnes âgées.
Gazette Médicale de France, 5 juin 1968, 75.

23. BARTHELEMY P. - La psychotechnique clinique.
L'Hôp., nov. 1959, 47, n° 700.

24. BARUK H. - Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales.
Thèse, Paris, 1950.

25. BARUK H. - La psychiatrie sociale.
Que sais-je ? P.U.F., 1969. PARIS

26. BARUK H. - Traité de psychiatrie.
Masson, 1959. PARIS

27. BARUK S. - La gériatrie psychiatrique.
Inf. psychiatrique, 34e année, n° 4, 4-58.

28. BASTAI G., DOGLIOTTI C. - Physiologie de la vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards.
Masson, 1938. PARIS

29. BAUJAT J. P. - Comment se préparer à la retraite ?
Paris, Entrep. Moderne d'Ed., 1965.

30. BAUMGARTNER Ph. - Notions générales sur les rapports de la graphologie et l'étude de la sénescence.
Rev. de Géront., 1, 1955.

31. BAUMGARTNER Ph. - Données actuelles sur le vieillissement psychologique.
Revue f. de géronto., 12, n° 3, juin 1966.

32. BAUMGARTNER Ph. - Sur l'assombrissement de la vie psychique dans la sénescence.
Revue f. de géronto., 6-57.

33. BAUMGARTNER Ph. - Le vieillissement de la mémoire et ses thérapeutiques.
Revue f. de géronto., 14, n° 2, 3.4.60.

34. BAUMGARTNER Ph. - Les consultations journalières en gérontologie.
Masson, Paris, 1962.

35. BEAUVOIR S. (de) - La vieillesse.
Gallimard, Paris, 1970.

36. BECE, DURY, PACAUD - Comparaison entre l'autojugement du vieillard et le jugement porté sur lui par le personnel soignant.
L'Hygiène Mentale, n° 2, 3.1.62.

37. BECK H. - Troubles du sommeil chez les personnes âgées.
Gaz. Méd. de F., 5.6.1968, t. 75.

38. BELL J. F. - Projective technique.
Longmans green, New York, 1948.

39. BELL A., ZUBECK J. P. - L'influence de l'âge sur les performances intellectuelles des déficients mentaux.
J. of Gérontol., 1960, 15, n° 3.

40. BENJAMIN B. - Demographic aspects of aging.
In : YAPP, BOURNE : The biology of aging.
Hafner Publ. Co., New York, 1957.

41. BENNET G. - A psychologist's view of retirement problems.
Indust. Med., U.S.A., 1954, 23, n° 5.

42. BENTON A. L. - La signification des tests de rétention visuelle dans le diagnostic clinique.
Rev. psychol. appl., 1952, 2.

43. BENTON A. L. - Manuel pour l'application clinique du test de rétention visuelle.
Paris, Centre de Psychologie appliquée, 1960.

44. BENTON A. L. - Le temps de réaction chez les malades présentant des lésions cérébrales.
Rev. psychol. appl., 1958, 8.

45. BENTON, ELITHORN, FOGEL, KEER - A perceptual maze test sensitive to brain damage.
J. Neurosurg. psychiat., 1963, 26.

46. BERNARD, NOËL - L'organisation des soins médico-sociaux aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux.
Rev. F. Géront., 1961, 7.

47. BERNARD, NOËL, DEDIEU, ANGLADE - Pathologie mentale de la sénescence et de la sénilité.
E.M.C., Psychiatrie 2, 37530, A_{10}, 1961.

48. BERNSTEIN E. - Quickness and intelligence.
Brit. J. psychol. monogr., 1924, suppl. n° 7.

49. BERTHAUX P. - La mesure du vieillissement.
Gaz. Med. de France, tome 81, n° 20, 1974.

50. BERTHAUX P. - Le vieillissement normal et pathologique.
Revue du Praticien, XXII, 2, 1972.

51. BILASH - Effets de l'âge sur les capacités mentales factorielles pures.
Jour. of Géront., 15, n° 2, avr. 1960.

52. BINET, SIMON - La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants.
A. Colin, Bourrelier, 13e édit., Paris, 1964.

53. BINET L. - Gérontologie et psychiatrie.
Que sais-je ?, n° 919, P.U.F., 1961. PARIS

54. BINET L., BOURLIERE - Précis de gérontologie.
Masson, Paris, 1955. PARIS

55. BINOIS, PICHOT - Test de vocabulaire.
Centre de psychologie appliquée, 1947.

56. BIOLSI A La détérioration mentale et ses contradictions.
Thèse de Médecine, Bordeaux, 1972.

57. BIRREN J. E. - Bibliography on psychological aspects of aging.
January 1955 - July
Nat. Inst. Ment. Hlth., Bethesda, 1958.

58. BIRREN J. E. - Handbook of aging and the Individual
Univ. of Chicago Press, Chicago, 1959.

59. BIRREN JE - A brief history of the psychologie of aging I and II.
Gerontologist, 1961, 1.

60. BIRREN J.E. - Human Aging.
Publ. Hlth. Serv. Publ., n° 986, Washington, 1963.

61. BIRREN J.E. - Relations of developpement and aging.
Chap. 7, Thomas, Springfield, 1964.

62. BON H. - La mort et ses problèmes.
P.U.F., Paris, 1947.

63. BORDAZ R. - Les cadres et le 3e âge.
La revue des deux mondes, nov. 1970.

64. BOURDIER G. - Test d'intelligence et d'aptitude.
E.M.C., Psychiatrie, 1963, Fasc. 37180 A_{10}.

65. BOURDIER G. - Test de projection de personnalité.
E.M.C. Psychiatrie, 1970, Fasc. 37190 A_{10}.

66. BOURDIER G. - La psychométrie chez l'adulte.
E.M.C. Psychiatrie, 37180 C_{40} et C_{50}.

67. BOURGET J. - Sénescence psychologique des vieillards vivant en institution.
Thèse de psychologie, Grenoble, 1973.

68. BOURLIERE F. - Qu'est-ce que vieillir.
Esprit, Paris, 1963, n° 5.

69. BOURLIERE F. et coll. - Progrès en gérontologie.
Flammarion, 1969.

70. BOURLIERE F., DEDIEU-ANGLADE C., PICHOT P., BERNARD P. - Les troubles psychiques "mineurs" de la sénescence; conséquences et possibilités thérapeutiques.
Hyg. ment., 1964, 53.

71. BOURLIERE F., POITRENAUD J. - Une hérédité vasculaire cérébrale accélère-t-elle l'involution des fonctions intellectuelles ?
La Presse Méd., 1962, 70.

72. BOURLIERE F., POITRENAUD J., CENDRON M. - Les troubles mineurs du comportement des personnes âgées et leur traitement pharmacologique.
Ass. Méd., 1961, 19.

73. BOWMAN KM - Sex life of aging individual
Geriatrics, 1954, 9.

74. BRION S - Démences tardives.
Gazette médicales de France, 1968, t. 75.

75. BRION S - Atrophies et scléroses cérébrales tardives.
E.M.C., Système Nerveux, Fasc. 17 056 A_{10}.

76. BRITTON J. H., BRITTON J. O. - Work and retirement for older almoni.
J. Gérontol., U.S.A., 1954, 9, n° 4.

77. BROWN W., THOMSON G. H. - The essential of mental measurement.
Cambridge university press, 1940.

78. BROZEK J. - Personnality changes with age : an item analysis of the M.M.P.I.
J. Géront., 1955, 10.

79. BUHLER C - Clinical study of the reactions of the individual to his own age.
Geriactrics, 1957, 12.

80. BURGESS E. W. - Psychological and sociological characteristics of older people.
Publi. Welf. Indiana, 1949.

81. BURGESS E. W. - Personal and social adjustment in older age.
In : DERRER M. - The aged and the society.
Industr. Rel. Res. Ass. Champaign III, 1950.

82. BURGESS EW - Aging in Western Societies.
Univ. Chicago Press, Chicago, 1960.

83. BURSTEIN S. R. - Gerontology : a modern science with a long history.
Postgrad Med. J., 1946, 22.

84. BURSTEIN SR Papers on the historical background of gerontology. First series.
Geriatrics, 1955.

85. BURSTEIN SA - The historical background of gerontology. Part. IV. The foundation of geriatrics.
Geriatrics, 1957.

86. BUSSE E W - Aging and personal relations.
In : SHOCK N. V. - Aging; some social and biological aspects.
Amer. Ass. Adv. Sci., Washington, 1960.

87. BUSSE E. W., BARNES R. H., SILVERMAN A. S., SHY G. M., THALER M., FROST L. L. - Studies of the process of aging : factors that influence the psyche of elderly persons.
Amer. J. Psychiat., 1954, 110, n° 12.

88. BUTLER R. N. - Psychiatric evaluation of the aged.
Geriatrics, 1963, 18, 3.

89. BUTLER R N - The life review : an interpretation of reminiscence in the aged.
Psychiatry, 1963, 26.

90. CAHN-SALABELLE - La psychothérapie de la deuxième moitié de la vie.
Sem. des Hôp., Paris, 1950.

91. CALANCA A. - Les tests mentaux en géronto-psychiatrie.
Ann. Med. Psychol., 122e année, t. 2, n° 1.

92. CATTELL R. B. - The measurement of adult intelligence.
Psychol. Bull., 1943, 40.

93. CATTELL R. B. - Description and measurement of personality.
Harrap., London, 1946.

94. CAVINI - Le temps de réaction simple chez les sénescents.
C.N.R.S. PARIS

95. CHAPUY P. - Initiation à la gérontologie.
Simep. Ed., 1971.

96. CHESROW E J, WOSIKA P H, BEINITZ A H - A psychometric evaluation of aged white males.
Geriatrics, 1949, 4.

97. CICERON - Cato major de senecture.
In : Opera Omnia.

98. CIOMPI L. - Etudes catamnestiques sur la vieillesse des anciens malades mentaux.
Inf. Psychiatrique, vol. 45, n° 5, mai 1969.

99. CIVCA A., SANDA M. - L'adaptation sociale après la retraite.
Popu. et famille, Belgique, 1969, n° 17.

100. CLARK J. W. - Les relativités du vieillissement. Une analyse factorielle des différences individuelles dues à l'âge dans les mesures physiologiques et psychologiques.
J. of Gerontol., 1960, 15.

101. CLEMENT F. - Psychologie de la senescence.
Rev. Fr. de Geront., 1961, 7.

102. CLEMENT F. - Un inventaire d'intérêts pour personnes âgées.
Rev. Psychol. appl., 1962, 12.

103. CLEMENT F. - L'activité physique ralentit-elle le déclin des capacités intellectuelles.
Rev. F. de Géronto., 7, 1961.

104. CLEMENT F. - Une épreuve rapide de mesure de l'efficience intellectuelle.
Rev. de psych. appl., vol. 13, n° 1, 1er trim. 1963.

105. CLEMENT F., BOURLIERE F. - Remarques sur l'évolution avec l'âge de quelques tests de vocabulaire.
Géront., 1959, 3, n° 1.

106. CLEMENT F., BOURLIERE F. Les aptitudes intellectuelles déclinent-elles avec l'âge ?
Progr. Med., Paris, 1957.

107. CLEMENT F., POITRENAUD J. - Le test de rétention visuelle de BENTON; l'évolution des résultats avec l'âge en fonction du sexe et du niveau intellectuel.
R.P.A., vol. 14, n° 4, 4e tr. 1964.

108. COMITE NATIONAL D'ENTENTE POUR LA JOURNEE DES PERSONNES AGEES - La retraite. Comment la vivre ?
Colloque de Versailles, oct. 1972.

109. C.N.R.S. (Centre National de Recherche Scientifique) - Le vieillissement des fonctions psychologiques et psychophysiologiques.
Colloque international, Paris, avr. 1961.

110. C.N.R.S. - Psychophysiologie et vieillissement.
Colloque international, 1961.

111. COURBON - La psychologie de la vieillesse.
J. de psychol., 1927.

112. COWDRY E. V. - Problems of aging.
Williams and Wilkins, Baltimore, 1939.

113. CUMMING H. - Nouvelle réflexion sur la théorie du désengagement.
Rev. internat. des se. sociales, 1963, 3.

114. DAGUE, GARELLI - Recherches sur l'échelle de Maturité mentale de Columbia.
R.P.A., vol. 14, n° 2; 1964, n° 4.

115. DAGUE, GARELLI - Manuel de l'échelle de maturité mentale de Columbia.
C.P.A., Paris, 1965.

116. DAMAYE H. - Psychiatrie, médecine et sociologie.
Paris, Alcan, 1936.

117. DARONDEAU -MAURY J. - La Maladie, la vieillesse et l'hospice.
Thèse, Bordeaux, 1967.

118. DA SILVA G. - Considérations psychodynamiques sur le vieillissement.
Laval Med. (Montréal), 1967, 38-6.

119. DAVIS P. A. - The electroencephalogram in old age.
Dis.Nerv. Syst., 1941, 2.

120. DEDIEU, ANGLADE G. - Psychothérapie au cours du 3e âge.
Confrontations psychiatriques, 1970, n° 5.

121. DELAVELEYRE - Tests de Rorschach et organicité.
E.M.C. Psychiatrie T_1 37 190 A_{10}, 1956.

122. DELAY J. - Etudes de psychologie médicale.
P.U.F., Paris, 1953.

123. DELAY J. - Les dissolutions de la mémoire.
P.U.F., 1950. PARIS

124. DELAY J., BRION S. - Les démences tardives.
Masson, Paris, 1962.

125. DELAY J., PICHOT P., PERSE J. - Méthodes psychométriques en clinique.
Masson, Paris, 1966.

126. DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T., PERSE S. - Le test de Rorschach dans les psychoses organiques.
IIIe Congrès international du Rorschach.
Rome, 1956, "Rorschachiana", 1957, 5.

127. DEUTSCH M. - La psychologie des femmes.
P.U.F., 1948. PARIS

128. DONAHUE W., ORBACH H. L., POLLAK O. - Retirement : the emerging social pattern.
Handbook of social gerontology. Societal aspects of aging.
Univers. of Chicago Press, 1960.

129. DOPPELT J., WALLACE W. - Standardisation of the weschsler Adult Intelligence Scabe for older persons.
J. abnorm. soc. psychol., U.S.A., 1955, 51.

130. DRY J. - Un abord physiologique du vieillissement du système nerveux : les modifications du débit sanguin cérébral.
Gaz. Med. de Fr., juin 1968, t. 75.

131. DUBLINEAU J. - Les aspects psychologiques du vieillissement et ses effets dans les relations familiales.
Groupe fam. Fce, 1963, 5, n° 21.

132. DUBLINEAU L. - Psychologie du vieillisement chez l'homme.

133. DUBLINEAU L. - Influence de la sénescence sur l'activité mentale et la psychologie de la vieillesse.
In : le problème du vieillissement.
Sect. III, Paris, 1948.

134. DUCHENE H. - Etudes de sociopsychiatrie.
Travail de la section psychiatrie de l'Institut National d'Hygiène.
Monographie, n° 7, Paris, 1955.

135. DUHAMEL P. G. - Cette vieillesse qui nous attend.
Paris, Hachette, 1972.

136. DUPLAND - Sentiment de vieillissement devant la perspective de la cessation d'activité. Recherches sur un groupe d'enseignants.
In : le vieillissement des fonctions psychologiques et psychophysiologiques.
C.N.R.S., Paris, 1961.

137. DUSARP R. - Contribution à l'étude de la démence sénile et de la démence artériopathique au moyen de tests mentaux.
Thèse Médecine, Paris, 1949.

138. ESCOUROLLE R. - Les lésions cérébrales des démences du 3e âge.
Rapport des 6e journées de gériatrie de l'hôpital d'Ivry. Oct. 1972.

139. ESCOUROLLE R., RIBADEN, DUMAS - Les lésions athéroscléreuses cérébrales du vieillard.
G. Méd. de F., juin 1968, t. 75.

140. ESPRIT - Vieillesse et vieillissement.
N° spécial, Seuil, Paris, 1963.

141. EY H., BERNARD, BRISSET - Manuel de psychiatrie.
Masson, Paris, 1960.

142. FAVERGUE - Méthodes statistiques en psychologie appliquée.
Paris, P.U.F., 1966.

143. FEIFEL H. - Judgment of time in younger and older persons.
J. Geront., 1957, 12.

144. FERNANDEZ, ZOILA, LE BRETON - Approche psychopathologique des attitudes temporelles chez les séniles.
Hyg. Ment., t. 48, n° 6.

145. FILER R. N., O'CONNEL D. (V.A. Center Wood-Viscousin) - A useful contribution climate for ten aging. J. Gerontol., U.S.A., 1962, 17, n° 1.

146. FISHER, GONDA - Neurologic techniques and Rorschach test in detecting brain pathology. Arch. neurol. psychiat., Chicago, 1955, 74, II.

147. FISHER, GONDA, LITTLE - The Rorschach and central nervous system pathology. A cross validation study. Amer. J. psychiat., 1955, III.

148. FRIEND C. M., ZUBECK J. P. - Les effets de l'âge sur les aptitudes à la pensée critique. J. of géront., 1956, 13, n° 4.

149. FOSTER J. C., TAYLOR G. A. - The applicability of mental tests to persons over fifty years of age. J. Ment. Sc.

150. FOULDS G. A., RAVEN J. C. - Normal changes in the mental abilities of adults as age advances. J. Ment. Sc., 1948, 94.

151. FOULDS G. A. - Variations in the intellectual activities of adults. Am. J. Psychol., 1949, 62.

152. FOX C., BIRREN J. E. - Intellectual deterioration in the aged : agreement between the wechsler Bellevue and the Babcock in levy. J. consult. psychol., 1950, 14.

153. FOX C., BIRREN J. E. - The measurement of intellectual deterioration in the aged. Am. Psychol., 1950, 5.

154. FOX C., BIRREN J. E. - The differential decline of subtest scores of the Wechsler - Bellevue intelligence scale in 60-69 year old individuals. J. Genetic psychol., 1950, 77.

155. FREEMAN J. T. - Sexual capacities in the aging males. Geriatrics, 1961, 16.

156. FREUD S - Le Moi et les mécanismes de défense.
P.U.F., 1952. PARIS

157. FREUD A - Analyse terminable et interminable.
S.E., vol. 22.

158. FREUD S - Au-delà du principe de plaisir.
Payot, n° 44. PARIS

159. FREUD S - Inhibition, symptôme, angoisse (1926).
Traduit de l'Allemand par M. TORT.
Paris, P.U.F., 1965.

160. FREUD S - Psychologie collective et analyse du Moi (1921).
Traduit par S. JANKELEVITCH.
Paris, Payot, 1962.

161. FUCHS - Contribution à l'étude des lacunes mnésiques et leur évolution.
Thèse du 3e cycle Psychologie, Sorbonne, Paris, 1967.

162. GABEL J. - Sociologie de l'aliénation.
P.U.F., 1970. PARIS

163. GALIEN - De sanitate tuendae.

164. GARCIN R, BRION S, KHOCHNEVISS A - Le syndrome de Creutz-feldt-Jakob et les syndromes corticostriés du présénium.
"Revue Neurol.", 1963, 109.

165. GAUDIN G Contribution à la gériatrie psychiatrique. Enquête préliminaire menée dans le département de la Loire, sur les conditions socio-économiques de l'internement du vieillard.
Thèse Lyon, 1963, Ann. Med. psychol., 1964, 122.

166. GERONTOLOGIE 70 - Politique de la vieillesse.

167. GHISELLI E. E. - Les relations entre l'intelligence et l'âge chez des adultes supérieurs.
J. of genet. psychol., 1957, 30.

168. GILBERT J. - Mental efficiency in senescence.
Arch. Psychol., New York, 1935, vol. 27, n° 188.

169. GILBERT J. - Memory loss in senescence.
J. Abnorm and Social psychol., 1941, 36.

170. GINZBERG R. - Orientation in geriatric psychiatry.
J. Amer. Geriat. Soc., 1955.

171. GOLSTEIN K - The organism.
New York American Book Co, 1939.

172. GOLSTEIN K. - Concerning rigidity.
Character and Pers., 1943, II.

173. GOLSTEIN K. - Abstract and concrete behaviour.
Psychol. Monogr. 53, Washington, Amer. Psychol. Assoc., 1941.

174. GOULD CA - Population age structure.
Lancet, 1954, 1.

175. GRADEL C - Les échelles de comportement utilisées dans l'appréciation de la sénilité mentale et de son évolution.
Thèse Méd., Lyon, n° 40, 1967.

176. GRAILLY R. (de), DESTREM H Physiologie générale; diététique et comportement de la vieillesse.
Paris, MASSON, 1953.

177. GRAILLY M. (de), WIBAUX M. - La vie en famille du vieillard.
Rev. Hyg. med. soc., 1958.

178. GRANN LLOYD R. - Social and economic circumstances of retirement.
Sociol. soc. Res., U.S.A., 1956, 14, n° 3.

179. GRIFFIN J. J. - Classified bibliography on geriatrics and the care of the aged.
The author, 57 School Street, Sommerville, Mars 1948.

180. GRMEK M. D. - Les aspects historiques des problèmes fondamentaux de la gérontologie.
Scalpel, 1957, 110.

181. GRMEK M. D. - Old aging and old age. Basic problems and historic aspects of gerontology and geriatrics.
Vitgeverÿ Dr. W. Junk; Den Haag, 1958.

182. GROS A., BOUR H., GUERON G., AUMONT M. - Vieillesse et longévité dans la société de demain.
Paris, P.U.F., 1968.

183. GROTJAM M. - Psychothérapie analytique des gens âgés.
La psychanalyse, 1956, 2.

184. GUARDINI - Les âges de la vie.
Ed. du Cerf. PARIS

185. GUILLEMARD A. M. - La Retraite entre le travail et la mort. Etude sociologique des comportements des retraités.
Thèse de 3e cycle non publiée. Extraits parus dans Etudes et Recherches (C.R.I.), 1971-1972, n° 1-2-3.

186. GUILLERME J. - La longévité, 1957.
Paris, P.U.F., 1964.

187. GUMPERT M. - The schock of aging.
Amer. Scholar, 1950, 19.

188. GURVITCH G. - Microsociologie et sociométrie.
Cahiers Int. de Soc. III, 1947.

189. HAUT COMITE CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE - Politique de la vieillesse.
Paris, La documentation Française, 1962.

190. HAVIGHURST R. J. - Social and psychological needs of aging.
Ann. Amer. Acad. polit. so. sci., 1952, 279.

191. HAVIGHURST R. J. - Sociologyn psychology, education and religion, in problems in aging.
New York Josiah Macy Jr Foundation, 1952.

192. HECAEN H., AJURIAGUERA J. (de) - Troubles mentaux au cours des tumeurs intracrâniennes.
Masson, Paris, 1957.

193. HERBEUVAL, CUNY - Les loisirs et les occupations du vieillard en milieu hospitalier.
Rev. Fr. Geront., 1960, 6.

194. HEUYER, LAMACHE, MISSENARD, PICHOT, QUERO - Approche psychosociale en médecine. L'exp.sc.fr.

195. HOCH, ZUBIN - Psychopathologie of aging.
Grune and Stratton, New York, 1961.

196. HOWELL T. M. - Senile deterioration of the central nervous system. A clinical study.
Brit. med. J., 1949.

197. HOWELL T. M. - Multiple pathology in nonagenarians.
Geriatrics, 1962, 18.

198. HUET J. A. - L'encombrement des hôpitaux psychiatriques de Paris par les malades âgés.
Rev. Franç. Géront., 1961, 7.

199. HUGONOT - Douze commandements en gérontologie sociale.
Concours Méd., 2 nov. 1968.

200. HUGUES - Rorschach signs for the diagnosis of organic pathology.
Rorschach res. exch., 1948, 12.

201. HUGUES - A factor analysis of Rorschach diagnostic signs.
J. gen. psychol., 1950, 43.

202. HUNTER W. - Preretirement education.
Geriatrics, U.S.A., 1960, 5.

203. INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES - Rapport 1968 - 1969. PARIS

204. INTERNATIONAL LABOUR OFFICE - Older people work and retirement.
The Office, Geneva, 1962.

205. JAMPOLSKY P. - Les tests en psychiatrie.
Année psychol., 1954, 1.

206. JAMPOLSKY P. - La méthode des tests et le problème de la détérioration mentale chez l'adulte et le vieillard.
Sem. méd., Paris, 1951, 77.

207. JASPERS K. - Psychopathologie générale.
Alcan Edit., Paris, 1933.

208. JENSEN K. - Problèmes psychiatriques dans les maisons pour vieillards.
Ugeskr, Laegr 1962, 124.

209. JONCKEERE P., THOMAS VAN MOERBECKE R. M. - Evaluation psychométrique de la détérioration mentale due à l'âge dans un groupe de pensionnaires d'un home pour vieillards.

210. JONES H. E., CONRAD H. S. - The growth and decline of intelligence. A study of a homogenous group between the ages of ten and sixty.
Gen. psychol. Monogr., 1933, 13.

211. KAHN R. L., GOLDFARD M. D., POLLACK M., PECK A. - Brief objective measure for the determination of mental status in the aged.
Amer. J. Psychiat., 1960, 117.

212. KAPLAN M. - Pressures of leisure on the older individual.
J. gérontol., U.S.A., 1958, 13, n° 3.

213. KAPLAN J., ALDRIGE G. J. - Social welfare of the Aging.
Columbia Univ. Press, New York, 1962.

214. KAPP D. M. - The significance of deterioration measurement.
Brit. J. Med. Psychol., 1934, 14.

215. KARSTEN A. - Milieu social et vieillissement.
C.N.R.S. Colloque international de Paris, avril 1960, sur le vieillissement des fonctions psychologiques et psychophysiologiques.

216. KAUFMANN R. N. - Old age and aging : the psychoanalytic point of view.
Amer. J. Orthopsychiat., 1940, 10.

217. KAY M. - Theories of learning and aging.
In : BIRREN : Handbook of aging and the individual.
Chicago, The University of Chicago Press, 1959.

218. KIDD C. B. - Social attitudes to the elderly sick.
Geront. Clin., 1962.

219. KORNETSKY C. - M.M.P.I. : results obtained from a population of aged men.
Government Printing Office, 1963.

220. KRAL V. A. - Senescent memory decline and senile amnestic syndrom.
Amer. J. psychiat., 1958, 115.

221. KRAL A. - Types of memory dysfonction in senescence psychiatric.
Res. Reports, 1959, II.

222. KUHLEN R. G. - Aging and life adjustment.
In : BIRREN J. E. - Handbook of aging and the individual.
The University of Chicago Press, Chicago, 1959.

223. KULMANN F. - Handbook of mental test.
Warwich and Yock, Baltimore, 1932.

224. LABORDE, LACOSTE - La délinquance des vieillards.
Rev. Franç. Géront., 1963, 9.

225. LACOMBE S. - L'habitat du vieillard.
Rev. F. Géront., 1962, 8.

226. LAROQUE - Politique de la vieillesse.
Commission des affaires culturelles. Documentation franç., 1962.

227. LECONTE M. - Le sociodiagnostic en gérontopsychiatrie.
Ann. Med. Psychol., 1963, 121.

228. LEMPERIERE T., JULLIEN P. - Le suicide du vieillard (1955).
Rev. du prat., 1972, tome 22.

229. LHOAS, MULLER - Des malades séniles peuvent-ils quitter l'hôpital ?
Med. Hyg., 1964.

230. LIGHT, AMICK - Rorschach responses of normal aged.
J. project. Tech., 1956.

231. LINDEN M. E. - Some sociophysiological implications in aging.
Amer. J. Orthopsychiat., 1958, 28.

232. LIVINGSTONE E. and S. - Old age in the Modern World.
Edinburgh, London, 1955.

233. LORGE I. - The influence of the test upon the nature of mental decline as a function of age.
J. Educ. psychol., 1936, 27.

234. LORGE - Methodology of the study of intelligence and emotion in aging.
In : WOLSTENHOLME, O'CONNOR - Ciba Found Colloquia in Aging.
Vol. 3. Methodology of the Etudy of Aging, Churchill Ltd, London, 1957.

235. LUKSENBERG M. - Etude clinique et thérapeutique des défaillances psychiques du vieillard.
Thèse, Paris, 1960.

236. MAC-ADAM (W. I., Mc CLATCHEY W. T. - The electroencephalogramm in aged patients.
J. ment. Sci., 1952, 98.

237. MACK M. J. - An evaluation of a retirement planning programm.
J. gérontol., U.S.A., 1958, 13, n° 2.

238. MAC MAHAN C. A., FOLGER J. K., FOTIS S. W. - Retirement and length of life.
Soc. Forces U.S.A., 1956, 34, n° 3.

239. MADDOX G. L. Jr - Disengagement theory; a critical evaluation.
Gerontologist, 1964, 4.

240. MARCHAIS P. - Psychopathologie en pratique médicale.
Masson, 1964. PARIS

241. MARTIN E. - Evolution démographique et actualités des problèmes de gérontologie.
Schweiz. med. Wschr., 1959.

242. MASSERMAN J.H. - Principes de psychologie dynamique.
P.U.F., 1956. PARIS

243. MASSERMAN J.H. - The psychodynamics of aging.
Geriatrics, 1957, 12.

244. MENOTTI F. - Les troubles psychopathiques et leur relation avec la sénescence.
Thèse, Lausanne, 1965.

245. MICHOTTE A. - Miscellanea Psychologica.
Librairie philosophique, Paris, 1947.

246. MILES W. R. - Psychological aspects of aging.
Chap. XXVIII de Problems of aging.
Cowdry E. V., Williams et Wilkins, Baltimore, 1942.

247. MINKOWSKI E. - Aspects psychologiques de la vieillesse.
L'évolution psychiatrique, 1951, 16, n° 1.

248. MINKOWSKI E. - Le temps vécu.
Editions Delachaux et Niestlé, 1933. NEUCHATEL

249. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA S. S. - Aspects médicaux du vieillissement, sept. 1970. PARIS
Rapport d'un groupe de travail. F. BOURLIERE président.

250. MOREL F., WILDI E. - Contribution à la connaissance des différentes altérations cérébrales du grand âge.
Schweiz Arch. Neurol. Psychiat., 1955, 76.

251. MORTIER L. - Les problèmes du travail chez les sujets âgés.
Rev. Fr. de gérontol., 1960, 6.

252. MULLER C. - Manuel de gérontopsychiatrie.
Masson, Paris, 1969.

253. NEHL R. - Le vieillissement et la mort.
P.U.F., 1956. PARIS

254. NEUGARTEN - La satisfaction de vivre, une mesure de la santé mentale de la vieillesse.
Hyg. ment., t. 51, n° 2, avr. 1962.

255. NEUGARTEN B. L., GARROW D. C. - Attitudes of middle aged persons toward growing older.
Geriatrics, U.S.A., 1959, 14, n° 1.

260. NEWMAN G., NICHOLS C. R. - Sexual activities and attitudes in older persons.
J. amer. Med. Ass., 1960, 173.

261. NICK J., LAURIERS A. (des), LUAUTE J. P., MOINET A., NICOLLE M., MIGNOT B., BAKOUCHE P., REIGNIER A. - Insuffisances cérébrales et problèmes psychiatriques.
La vie méd., 52e an., mai 71, 2.

262. NOËL P. - La détérioration intellectuelle du vieillard.
Gazette Médicale de France, t. 81, n° 20, 1974.

263. NORMAN D., DALEY M. F. - Changements avec l'âge de la capacité intellectuelle chez les vieilles femmes supérieures.
J. of gérontol., 1959, 14, n° 4.

264. NYSSEN R. - Contribution à l'étude des problèmes du déclin intellectuel en fonction de l'âge.
Arch. Psychol., 33.

265. NYSSEN - Introduction à l'étude des relations entre l'involution de l'intelligence et la démence.
Acta neurol. psychiat., belg., 1954.

266. O.M.S. - Géronto-psychiatrie.
Rapport d'un groupe scientifique. Genève, 1972. Rapport technique n° 507.

267. ORME - Intellectual and Rorschach test performances of a group of senile dementia patients and of a group of elderly depressives.
J. ment. sci., 1955, 101.

268. ORNE J. E. - Intellectual and verbal ability in normal old age, senile dementia and elderly depression.
G. géront., 12.

269. PACAUD - Influence conjuguée de l'âge et du niveau d'instruction sur le déclin des fonctions psychologiques et psychophysiologiques.
Hyg. ment., t. 54, n° 2, mars - avril 1965.

270. PACAUD S. - Le problème du vieillissement des aptitudes.
In : le problème du vieillissement. Sect. III, Paris, 1948.

271. PACAUD S. - Experimental research on the aging of psychological functions.
In : 3rd congr. Int., Ass. Geront., London, 1954.
Old age in the modern world. Livingstone Ltd, London, 1954.

272. PACAUD S. - Psychologie génétique et gérontologie. Le commencement de la fin. Vieillissons-nous dès la naissance.
Psychol. F., t. 10, n° 4, 1965.

273. PACAUD S., BINET, BOURLIERE - Le vieillissement des aptitudes.
Précis de gérontologie, 1955, Paris, Masson.

274. PACAUD S., CHAPE - Les rapports sociaux dans la vie communautaire.
Rev. F. de Géront., déc. 1965.

275. PAILLAT P. - Sociologie de la vieillesse.
Paris, P.U.F., 1963.

276. PAILLAT P. - Les enseignements du recensement de 1968.
Gérontologie 70 (1970), n° 1.

277. PANAYATOPOULOS - Influence du milieu hospitalier psychologique sur l'évolution des troubles mentaux séniles.
Hyg. Ment., t. 51, n° 1, janv. fév. 1962.

278. PARKER S. - A note on first admissions of the aged to mental institutions.
J. nerv. ment. Dis., 1958.

279. PAROT S., POITRENAUD J., BOURLIERE F. - Etudes des régressions de quelques variables biologiques au cours du vieillissement humain.
Bulletins et mémoires de la société d'Anthropologie de Paris, 1967.

280. PHILIBERT M. - Une expérience de préparation à la retraite.
Maroc médical, 1970, n° 531.

281. PHILIBERT M. - L'échelle des âges.
Seuil, Paris, 1947.

282. PHILIPS B.S.- Role change, subjective age and ajustment : a correlational analysis.
J. gérontol., U.S.A., 1962, 6e éd.

283. PELICIER Y. - Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique.
Congrès de psychoneurologie de langue française.
LVIIe session, Marseille, 1964 sept., Masson.

284. PELICIER Y - Guide psychiatrique pour le praticien.
Masson, 1968.

285. PERE - LAHAILLE - A propos du vécu des personnes âgées par les soignants en milieu géronto-psychiatrique.
Thèse de Médecine, 1974, Bordeaux.

286. PERRON R. - Vieillissement et détérioration mentale; une méthode d'étude et quelques résultats.
In : le vieillissement de fonctions psychologiques et psychologiques.
C.N.R.S., Paris, 1961.

287. PEQUINOT - Le médecin et le vieillard.
Conc. Med., 90e an., n° 1, 6.1.1968.

288. PEQUINOT H Vieillissement dans un hospice de vieillards (1957).
Press. med., 65-70.

289. PIAGET J. - La psychologie de l'intelligence.
Paris, A. Colin, 1962, 6e éd.

290. PICHOT P - Mesure de la détérioration mentale.
Thèse méd., Paris, 1948.

291. PICHOT P - Les tests mentaux.
P.U.F., 1971. PARIS

292. PICHOT P. - Les tests mentaux en psychiatrie. Instruments et méthodes.
P.U.F., 1949. PARIS

293. PICHOT P., PERSE J. - Réflexion sur l'interprétation des indices de détérioration en termes de probabilité.
Psychol. F., 1963, 8, 4.

294. PIERON H. - Vocabulaire de la psychologie.
Paris, P.U.F., 1963, 3e éd.

295. PIOTROWSKI Z. - The Rorschach ink-blot in organic disturbances of the central nervous system.
J. nerv. ment. dis., 1937-86.

296. PIOTROWSKI Z. - Positive and negative Rorschach organic reaction.
1940.

297. PODOLSKY E. - Changing attitude on growing older.
J. Amer. Geriat. Soc., 1958, 1.

298. POITRENAUD J. - Modifications psychologiques liées à l'âge.
Gaz. Med. de F., juin 1968, t. 75.

299. POITRENAUD, CLEMENT - Détérioration physiologique dans le test de Benton. Résultats obtenus pour 500 sujets normaux.
Psychol. F., fas. 10, 1965.

300. POITRENAUD J., BARRERE H. - Mesure des déficits intellectuels pathologiques chez le sujet âgé.
Gaz. Med. de F., juin 1968.

301. POST F. - Social factors in old age.
Tome 75, Psychiatry Geriatries, 1958, 13.

302. POSTEL J. - Possibilités d'adaptation du vieillard sur le plan psycho-affectif.
Rev. F. de géronto., t. 8, n° 6, 1962.

303. POSTEL J., RANCOULE-POSTEL (M.), LUKSENBERG (M.) - Défaillances psychiques du vieillard.
Ann. Med. Psychol., 119e an., t. 1, n° 5, mai 1961.

304. PUECH A., LAURENT J. C., HERVAULT J. - Le sommeil dans la vieillesse.
Rev. Franç. géront., 1959, 5.

305. RABIN A. J. - Vocabulary and efficiency levels as functions of age in Babcok method.
J. consult. psychol., 1947, II.

306. RABIN A. J. - Psychometric trends in senility and psychosis of senium.
J. general psychol., 1945, 32.

307. RABIN A. J. - Wechsler-Bellevue test results in senile and arteriosclerotic patient.
Psychol. Bull., 1942, 39.

308. RAPAPORT D. - Le diagnostic à l'aide des tests psychologiques.
Year Book Edit. Chicago, 1945.

309. RAVEN J C - Progressive Matrices (1938).
Londres, H. K. Lewis and Co, 1938.

310. REPOND A. - Psychologie, psychopathologie et hygiène mentale de la sénescence et de la vieillesse.
Schweitz Arch. Neurol. Psychiat., 1954, 73.

311. REY A. - Connaissance de l'individu par les tests.
Bruxelles, Dessart, 1966.

312. REY A Examen clinique en psychologie.
Coll. psycho., n° 1, 2e éd., P.U.F., 1964.

313. REY A Les troubles de la mémoire et leur examen psychométrique.
Ed. Dessart, 1966.

314. REY A Six épreuves au service de la psychologie clinique.
Bettendorf Ed., Bruxelles.

315. RIDJANOVIC S. - Problèmes biologiques et psychopathologiques du sommeil des vieillards.
Evol. psychiat., 1964, 29.

316. RIPERT A. - Le loisir.
Esprit, 1963. PARIS

317. ROBINSON R. A. - A psychiatric geriatric unit in psychiatric disorders in the ages : a report on the symposium held by the world psychiatric association at the Royal College of Physicians, London, 1965.

318. ROBINSON R. A. - The diagnosis and prognosis of dementia in current achievement in geriatrics. Ed. Anderson and Isaacs, London, 1964.

319. ROCHEBLAVE A. M. - La notion de rôle en psychologie sociale.
Paris, P.U.F., 1969.

320. RORSCHACH H Psychodiagnostik 4 Aufl, Huber, Bern, 1941.

321. ROSENZWEIG S - Revised norms for the adult form of the Rosenzweig picture - frustration study.
J. personality, 1950.

322. ROSS W. D., ROSS S. - Some Rorschach ratings of clinical value.
Rorschach res. exch., 1944, 8.

323. RUDRAUF J. - Psychometrie : tests mentaux dans la pratique psychiatrique courante.
E.M.C., Psychiatrie, 1955, t. 1, 37 180 E_{10}, 1-7.

324. RUFFIN H. - Das Alter und die Psychiatrie des Seniums.
In : Psychiatrie der gegenwart.
Bd II Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960.

325. SAPPENFIELD B. R. - Perceived similary to as related to the stereotypically perceived "ideal personnality".
J. exp. Res. Personnality, U.S.A., 1970, 4, n° 4.

326. SCHAFER R. - The clinical application of psychological test.
Intern. Univ. Press., 1948.

327. SCHAFER R. - The signifiance of scatter in research and pratic of clinical psychology.
J. psychol., 1944, 18.

328. SAUVY - La nature sociale.
Armand Colin, 1961. PARIS

329. SAUVY - La population.
Que sais-je ?, n° 148, 8e éd., 1966. PARIS

330. SCHILDER P. - Psychiatric aspects of old age and the aging.
Amer. J. orthopsychiat., 1940, 10.

331. SCHULTZ J. M. - Das Alter.
Acta Psychoter, Suisse 1961, 9, n° 5.

332. SCHULTZ - Psychothérapie du vieillard.
Rev. F. de géront., t. 14, n° 2, avr. 68.

333. SECRETARIAT D'ETAT AUX AFFAIRES SOCIALES - Consultation sur les problèmes d'action sociale en faveur des personnes âgées.
Juin 1969. PARIS

334. SEIDENFELD M. A. - Measuring mental competency in the age.
Am. J. orthopsychiat., 14.

335. SEYLAZ M. F. - Face à la retraite : attitudes et comportement d'ouvriers du bâtiment et des travaux publics.
Documents d'infor. et de gestion, 1971, n° 15.

336. SHELDON J. H. - Old age problems in the family.
Milbank Mem. Fund. Quart., 1949, 27.

337. SHELDON J. M. - The role of the aged in modern society.
Brit. med. J., 1950, 1.

338. SHRUT S. D. - Old age and death attitudes.
Diss. Abstr., 1956, 16.

339. SHOCK N. W. - A classified biliography of gerontology and geriatrics.
Suppl. 1, Stanford Univ. Press, Stanford, 1949-1955.

340. SHOCK N. W. - A classified bibliography of gerontology and geriatrics.
Suppl. 1, Stanford Univ. Press, Stanford/Cal., 1957.

341. SHOCK N. W. - Conference on problems of aging.
Josiah Macy Jr Found, New York, 1950.

342. SILVERMAN M. - Psychological and social aspects of psychiatric disorders in the aged.
J. ment. Sci., 1953, 99.

343. SIMMINS C. - The measure of mental deterioration.
Brit. J. med. psychol., 1934, 14.

344. SIMMONS L. W. - Aging in primitive societies; a comparative survey of family life and relation ships.
Lax and contemp. Probl., 1962, 27.

345. SIMON-FISKE A. M. - Studies in geriatric mental illness. Some research plans and assumptions.
J. Amer. geriat. Soc., 1960, 8.

346. SINCLAIR - Quelques aspects de la désintégration des notions de temps à travers les épreuves chez le vieillard.
Bull. psychol., 1966.

347. SPEARMAN C. - Les aptitudes de l'homme. Leur nature et leur mesure.
Travail humain, Ed. Paris, 1940.

348. STEINBERG H. H. - The aging process in industrial employers.
Med. clin. Nth Amer., 1956, janv.

349. STOETZEL J. - Psychologie sociale des âges.
Bull. psychol., n° 267, tome XXI, 9-11.

350. STREIB G. F. - Family patterns in retirement.
J. soc. Issues, U.S.A., 1958, 14, n° 2.

351. STREIB G. F., THOMPSON W. E., SCHUMAN E. A. - The Cornell study of occupational retirement.
J. soc. Issues, U.S.A., 1958, 14, n° 2.

352. STRONG P. N. - Effects of age, education and brain damage on alearning digit symbol test.
Arch. gen. psychiat., 1959, I, n° 5.

353. SUTTER J. N. - Psychologie du vieillard.
Arch. médit. de Med., 44, n° 3, mai juin 1967.

354. SWENSON W. M. - Attitudes toward death in a aged population.
J. geront., 1961, 16.

355. TAIETZ P., LARSON O. F. - Social participation and old age.
Rural sociol., U.S.A., 1956, 21, n° 3-4.

356. THOMPSON G. - L'analyse factorielle des aptitudes humaines.
P.U.F., Paris, 1950.

357. THOMPSON W. E., STREIB G. F. - Situational determination : health and economic deprivation in retirement.
J. soc. Issues, U.S.A., 1958, 14, n° 2.

358. TIBBITTS C. - Social aspects of aging.
J. amer. geriatrics Soc., 1963, 11, n° 2.

359. TIBBITTS C. - Handbook of social gerontology.
Univ. Chicago Press, Chicago, 1960.

360. TIBBITTS C., DONAHUE W. - Living through the older years.
Univ. Mich. Press, Ann. Arbor, 1959.

361. TIBBITTS C., DONAHUE W. - Social and psychological aspects of aging.
Columbia Univ. Press., New York, 1962.

362. TOURNIER P. - Apprendre à vieillir.
Neuchatel, Delaclaux et Niestlé, 1971.

363. TOWNSEND P. - Faut-il renoncer aux maisons de retraite.
In : le 3e âge.
Rev. Intern. Sci. sco., 1963, 15.

364. TOWSEND P. - The family life and old people : an investigation in East London.
Sociol. rev., G.B., 1955, 3, n° 2.

365. TREATON J. R. - Le vieillard dans la famille.
Esprit, 1963. PARIS

366. TUCKMAN J. - The projection of personal symptom into stereotype about aging.
J. Geront., 1958, 13.

367. TUCKMAN, LORGE - Attitudes toward old people.
J. soc. psychol., 1953, 37.

368. U.N.C.A.F. (Union nationale des Caisses d'Allocations Familiales) - Le 3e âge.

369. U. S. DEPARTMENT OF HEALTH,EDUCATION AND WELFARE - Committee on aging : Selected references on aging. An annotated bibliography.
U.S. govt. Print. Office, Washington, 195..

370. U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE - Office of Aging : Aging in the modern world. An annoted bibliography.
Compiled by the Department of Library, Washington, 1963.

371. U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE - Special Staff on Aging : The Nation and its old people. Report of the White House Conference on Aging.
Washington, 1961.

372. VAUCHER G. - La Retraite Professionnelle et sa signification psychologique.
Thèse 3e cycle de Lettres et Sciences Humaines, Paris, 1973.

373. VERNON P. E. - La structure des aptitudes humaines.
P.U.F., 1952. PARIS

374. VERNON P. E. - The variation of intelligence with occupation, age and locality.
"Brit. J. Psychol. Stat. Sec.", 1947-1948, 1-2, 1-2, 52-63.

375. VERZAR F. - Les recherches sur la senescence.
Mediz. prisma. Bochringer cd. ingeleim, 1968, 2.

376. VESSEREAU A La statistique.
Paris, P.U.F., Que sais-je ?, 1955.

377. VIE MEDICALE - Le 3e âge.
Numéro spécial, mai 1965.

378. VIE MEDICALE - Insuffisances cérébrales et problèmes psychiatriques.
52e année, mai 1971, 2.

379. VIGNALOU J., BECK H. - Etat actuel et perspectives de la gériatrie en France.
Rev. du Prat., XXII, 2, 1972.

380. VIGNAT JP - Le vieillard, l'hospice et la mort.
Thèse, Lyon, 1966.

381. VILLA J. L. - Problèmes des soins aux vieillards et leur hospitalisation.
Cartel Romand d'Hygiène sociale et morale, Rapport annuel, 1962-1963.

382. VILLA JL - Actualisation des soins aux malades chroniques et âgés.
Rev. Med. Suisse rom., 1963, 83.

383. VILLA JL - Essais de réadaptation en géronto-psychiat.
Med. Hyg., 1964, 22.

384. VILLA, LAI - Difficultés méthodologiques dans la recherche psychiatrique.
Journ. Med. Lyon, 1966, n° 1092.

385. WALLON H Vie mentale de l'enfance à la vieillesse.
Encycl. F., t. 8, 3e partie, Sect. B, chap. 1, 9, 1.8.56, 1 mars 1938.

386. WALLON H Involution et dissolution.
Encycl. F., 8, 56, 1 mars 1938.

387. WATSON R. I. - The personality of the aged; a review.
J. geront., 1954, 9.

388. WEBBER IL - Aging and retirement. A bibliographic review of recent and current research at seven university centers.
Industrial Relations Center, Univ. Chicago, Chicago, 1954.

389. WEBBER I. L. - Aging; a current appraisal.
Univ. Florida Press., Gainesville, 1956.

390. WECHSLER D. - The measurement of adult intelligence.
Baltimore, Williams and Wilkins, 3d Ed., 1944.
Traduction française, Paris, P.U.F., 1956.

391. WECHSLER D. - The measurement and evaluation of intelligence of older persons.
In : Old age in the modern world.
London, E and S. Livingtone, 1955.

392. WECHSLER D. - A standardized memory scale for clinical use.
"J. Psychol"., 1945, 19.

393. WECHSLER D - Intelligence, Memory and the aging process.
In : Hoch, Zubin : psychopathology of the aging.
Chap. 9, Grune and Stratton, New York, 1961.

394. WELFORD AT - Vieillissement et aptitudes humaines.
Paris, PUF, 1964

395. WELFORD AT - Longitudinal and cross-sectional methods of research on aging.
In : le vieillissement de fonctions psychologiques et psychophysiologiques.
C.N.R.S., Paris, 1961.

396. WELFORD A. T. - Age changes and adaptability.
Geront. clin., 1962, 4.

397. WELFORD AT - On changes of performance with age.
Lancet, 1962, 1.

398. WELLS F. L. - Mental tests in clinical pratics.
World Book, New York, 1927.

399. WOLFF K. - The biological, sociological and psychological aspects of aging.
Charles C. Thomas Co., Springfield, 1959.

400. YATES A. J. - L'emploi du vocabulaire dans la mesure de la détérioration mentale intellectuelle.
J. Ment. Sci., 1956, 102, n° 42.

401. ZBOROWSKI, EYDE.- Aging and social participation.
J. geront., 1962, 17.

402. ZINBERG N.E., KAUFMAN I. - Normal psychology of the Aging Process.
Intern. Univ. Press. New-York, 1963.

403. ZONNEVELD R. J. Van - Social geriatrics.
Geront. Clin., 1962, 4.

EDITIONS BERGERET 71/73,rue Leyteire 33000 BORDEAUX T.(56)91 12 59